

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N^o

490

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1904, à 1 heure

Par ALBERT VRAIN

Né à Limoges (Haute-Vienne), le 6 août 1867
Ancien externe des hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PROSTATECTOMIE

(RÉSULTATS OPÉRATOIRES ET CLINIQUES)

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.

MARION, {
DEMELIN, { *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Professeurs MM.

Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	RECLUS.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale.....	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale...	TILLAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

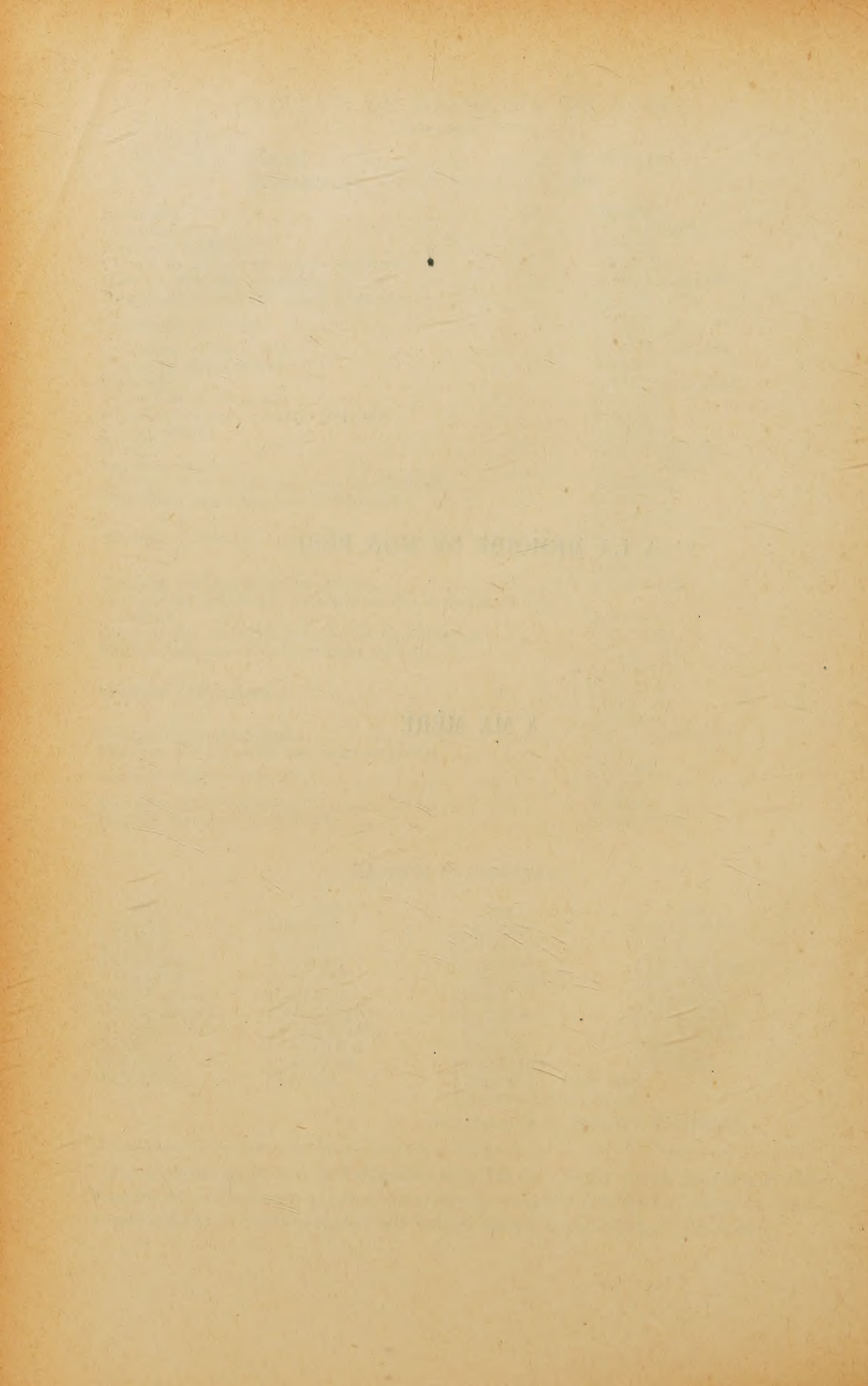
MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGUEU.	TEISSIER.
AUVRAY	FAURE.	LEPAGE.	THIÉRY.
BEZANÇON.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (Aug.).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
BROCA (André).	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	REMY.	WALTHER.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
DESGREZ.	LEGRY.	RIEFFEL. <i>Chef des travaux anatomiques</i>	

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

MEMBRE DE L'INSTITUT
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, nous adressons à notre maître, M. le professeur agrégé Hartmann, l'expression de nos plus sincères remerciements.

Il a bien voulu nous accueillir pendant nos trois dernières années d'externat dans son beau service de l'hôpital Lariboisière et nous aider de ses conseils pour l'exécution de notre thèse inaugurale. Nous le prions de vouloir bien agréer la dédicace de ce travail comme un faible hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous devons aussi remercier aujourd'hui tous nos maîtres dans les hôpitaux qui tant de fois nous ont prodigué des marques de sympathie et d'affection :

M. le Dr Blum, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital St-Antoine, chez qui nous avons commencé notre éducation chirurgicale.

M. le Dr Ménétrier, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, dont nous sommes heureux d'avoir été l'élève et qui nous a donné, dans un moment pénible, des marques inoubliables d'affection et de dévouement.

M. le Dr Brault, médecin de l'hôpital Lariboisière, qui nous a si largement prodigué son enseignement, et près de qui nous trouvons toujours un si bienveillant accueil.

MM. les Drs Duguet, Florent, Chevallier, Michon et Bonnaire dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève.

M. le professeur Guyon nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; avec nos remerciements, nous le prions d'agréer l'hommage de nos sentiments respectueux.

INTRODUCTION

La prostatectomie est une opération relativement récente. Il y a quelques années on croyait que l'hypertrophie de la prostate était une affection incurable, que les inconvénients qu'elle entraîne, rétention d'urine et toutes ses conséquences, orchites, etc., n'étaient justiciables que d'un traitement palliatif. Les malades étaient donc contraints à se sonder plusieurs fois par jour, et tous les efforts du chirurgien se bornaient à rendre ce cathétérisme aussi facile que possible au moyen de sondes appropriées et surtout à éviter les dangers d'infection à l'aide d'une asepsie suffisante et pratiquement applicable. Mais il fallut bien reconnaître que les résultats de ce traitement palliatif n'étaient guère satisfaisants ; les malades peu habitués aux pratiques de l'asepsie infectaient infailliblement leur vessie et l'hypertrophie de la prostate restait malgré tous les progrès de l'antisepsie une affection à évolution fatale ; la seule ressource qui restait au chirurgien, lorsque l'infection devenait menaçante, consistait à drainer la vessie, soit par le périnée (opération de Harrisson), soit par l'hypogastre après avoir fait une taille vésicale.

Aussi a-t-on cherché des moyens plus radicaux qui, s'attaquant à la cause même des accidents, c'est-à-dire à l'obstacle formé par la prostate hypertrophiée, permettraient d'éviter ces complications graves dont mourraient tôt ou tard les malades. C'est ainsi que la vasectomie, la castration, la ligature des canaux déférents eurent leur moment de vogue. Malheureusement on dut vite reconnaître que les résultats étaient le plus souvent nuls et toujours incomplets.

Il y quelques années des chirurgiens américains, Goodfellow, Mac Lean, Carpentier commencèrent à enlever des pros-

tates et à publier leurs résultats. Albarran eut le mérite de vulgariser en France la prostatectomie. Dans une importante communication faite en 1901 à la Société d'Urologie, il démontrait la bénignité de cette opération et sa supériorité sur les autres traitements employés jusqu'à ce jour. Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'histoire de la prostatectomie ; il est facile en parcourant l'index bibliographique qui se trouve à la fin de ce travail de voir que depuis quelques années beaucoup de chirurgiens en France et à l'étranger sont intervenus directement dans l'hypertrophie de la prostate et que, si on discute encore aujourd'hui sur les procédés opératoires, on est à peu près d'accord sur l'utilité de l'extirpation complète de la prostate dans l'hypertrophie de cet organe.

Et pourtant ce n'est pas sans avoir rencontré des difficultés au début que la prostatectomie est parvenue à s'acclimater chez nous ; on objectait l'impuissance primitive de la vessie comme cause des accidents de rétention qui accompagnent l'hypertrophie prostatique ; on parlait de fistules inévitables, d'incontinence d'urine presque forcée, de rétrécissement post-opératoire de l'urètre. M. le professeur Guyon avait cependant démontré depuis longtemps que l'impuissance vésicale n'était que secondaire, l'augmentation du volume de la prostate étant la première en date. Depuis on a reconnu que toutes les craintes exprimées au début étaient exagérées, les malades n'ont que très rarement une fistule à la suite de la prostatectomie, l'incontinence guérit toujours et les rétrécissements de l'urètre prostatique sont tellement rares qu'on peut presque les passer sous silence.

En publiant aujourd'hui les observations des malades opérés par M. Hartmann, notre but est de démontrer que la prostatectomie est une opération bénigne, qui rend un immense service aux malades atteints d'hypertrophie de la prostate.

OBSERVATIONS

DES MALADES OPÉRÉS PAR M. HARTMANN.

Classification. — Nous avons pris, comme base essentielle de notre classification, les conditions cliniques de la rétention vésicale constatée au moment où les malades ont été opérés : nous les avons donc divisés en trois groupes :

1° Dans un premier groupe, nous avons classé les malades ayant une rétention d'urine complète relativement récente au moment de l'opération, sans tenir compte des accidents aigus qu'ils ont pu présenter auparavant ;

2° Dans un deuxième groupe, nous avons classé les rétentions d'urine complètes de date ancienne ;

3° Dans un troisième groupe, nous avons réuni tous nos malades opérés en état de rétention incomplète chronique, avec ou sans distension de la vessie.

PREMIER GROUPE

Malades atteints de rétention complète relativement récente.

OBS. I. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine récente. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.*

Le nommé B... L., âgé de 70 ans, graveur, entre salle Civiale le 29 octobre 1901 en rétention complète.

Il y a quatre jours il n'a pu uriner seul en se levant et s'est rendu à la consultation de Saint-Louis où il a été sondé. A la suite de ce cathétérisme, il a pu uriner seul pendant deux jours quoiqu'avec difficultés ; puis, de nouveau, rétention complète d'urine. C'est alors qu'il vient dans le service.

Jamais avant sa première rétention ce malade n'avait souffert de la vessie : il se levait bien une fois ou deux la nuit pour uriner : ses mictions se faisaient bien un peu lentement et sans force, surtout lorsqu'il

restait plus de 3 ou 4 heures sans uriner, mais il n'y attachait aucune importance.

Le malade est un homme d'une rare solidité pour son âge, très amateur du coït qu'il pratique, dit-il, fréquemment et avec succès. Il n'a jamais fait d'autre maladie. Son père est mort de cachexie sénile ; sa mère d'étranglement herniaire.

Par le cathétérisme pratiqué aussitôt son entrée on retire environ 300 cc. d'urines troubles dont les dernières gouttes sont laiteuses.

La prostate hypertrophiée dans ses deux lobes fait une saillie très prononcée dans le rectum.

Rien de particulier aux testicules ni aux épидидymes. Les reins ne sont pas sentis, l'exploration n'en est pas douloureuse.

Température 38°5 ; on laisse une sonde à demeure après avoir lavé la vessie à l'eau boriquée.

Pointe de hernie à droite.

Les jours suivants la température descend progressivement : on continue les lavages à l'eau boriquée.

OPÉRATION. — Le 4 novembre, prostatectomie périnéale par M. le Dr Hartmann.

Le malade est placé dans la position de la taille périnéale avec exagération de la flexion des cuisses. Un coussin de sable est placé sous le sacrum. Lavage de la vessie à l'eau boriquée, on laisse dans l'urètre la sonde qui a servi à laver la vessie afin de repérer l'urètre membraneux.

Incision curvilligne prérectale s'étendant d'un ischion à l'autre : découverte du bulbe qui est disséqué au bistouri ; section du muscle rectourétral, mise à nu de l'urètre membraneux et de la face postérieure de la prostate.

Ouverture de l'urètre membraneux par lequel on passe un explorateur de Guyon ; avec celui-ci jouant le rôle de désenclaveur on abaisse la prostate.

Incision de l'aponévrose prostatopérinéale : on enlève par morcellement la plus grande partie de la prostate sans ouvrir l'urètre prostatique ; au cours de ce morcellement ablation d'un petit fibrome inclus dans le parenchyme prostatique ; ouverture d'un petit abcès prostatique. Un drain placé dans la vessie ressort par la plaie périnéale ; tamponnement à la gaze iodoformée ; suture partielle de la plaie périnéale.

Suites opératoires immédiates. — Le soir de l'opération la température monte à 37°8 ; le drain ne fonctionne pas : il est remis en place ; la vessie est lavée à l'eau boriquée et au nitrate d'argent à 1/1000.

Le lendemain la température est tombée à 37°2 ; mais le malade a eu un peu de délire la nuit : sa langue est sèche, on change les gazes superficielles ; lavages de la vessie à l'eau boriquée. Température le soir, 37°5.

6 novembre. — Même état général : lavage de la vessie et pansement. Le 7 de même.

8. — L'état général du malade s'est considérablement amélioré : la langue est humide.

9. — On supprime le drain périnéal et on place par l'urètre une sonde à demeure. La mise en place de cette sonde est assez difficile, on doit porter le malade dans la salle de pansement et le mettre dans la position de la taille périnéale ; l'index gauche introduit dans la plaie guide alors le bec de la sonde poussée par l'urètre et l'empêche de sortir par la brèche périnéale.

10. — La sonde a bien fonctionné ; orchite gauche. A partir de ce jour la plaie périnéale diminue progressivement en se comblant de la profondeur vers la superficie : la vessie est lavée chaque jour à l'eau boricuée, tous les deux jours au nitrate d'argent : la sonde à demeure est enlevée et remise facilement en place tous les 3 ou 4 jours. Les urines sont devenues claires, l'état général du malade parfait. La température reste aux environs de 37°.

16 décembre. — La plaie périnéale étant complètement fermée on enlève définitivement la sonde à demeure.

17. — Le malade a uriné très facilement environ toutes les deux heures, pas une goutte d'urine n'est sortie par la plaie. Couché il a bien gardé son urine, mais dans la position debout il en a perdu quelques gouttes chaque fois qu'il a fait un effort quelconque. Le cathétérisme pratiqué aussitôt après une miction ne ramène qu'un résidu de 10 grammes.

18. — L'incontinence a disparu dans la position debout. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, urinant toutes les deux heures et vidant sa vessie.

Suites opératoires éloignées. — Le malade, sur notre demande, vient nous voir le 25 mars 1904, c'est-à-dire deux ans et 4 mois après avoir subi la prostatectomie périnéale.

Depuis son opération il est dans un excellent état de santé, il fait de la bicyclette sans être gêné par sa cicatrice ; jamais il n'a dû se sonder : il a uriné le jour toutes les 3 ou 4 heures, la nuit une ou deux fois seulement.

Son jet est redevenu très fort, comme à 20 ans, dit-il ; ses urines sont restées claires pendant un an et demi. Depuis un an elles sont devenues légèrement troubles et les mictions sont devenues un peu plus fréquentes.

Depuis 7 ou 8 mois il souffre un peu au début et à la fin de la miction : plusieurs fois il a eu de légers accès de fièvre avec frissons et sueurs abondantes.

Les urines étant devenues très troubles il y a deux mois, le malade est allé consulter un médecin qui lui conseilla de se faire chaque jour des lavages à l'eau boricuée et au nitrate d'argent. Ces lavages ont diminué la fréquence des mictions et fait disparaître la douleur.

Actuellement cet homme urine 4 ou 5 fois dans la journée, la nuit une ou deux fois : son jet d'urine est fort, la miction non douloureuse.

Une sonde béquille n° 19 est arrêtée par une bride de la région prostatique de l'urètre : une sonde bougie contourne l'obstacle et pénètre facilement dans la vessie et ramène, le malade venant d'uriner, environ 15 grammes d'urines à peine louches et contenant quelques filaments. La capacité vésicale est de 180 grammes.

Rien aux épididymes ni aux reins.

La cicatrice est souple.

Par le toucher rectal on sent à la place qu'occupait la prostate une légère induration formée par le tissu cicatriciel.

Depuis son opération notre malade a encore, paraît-il, des érections fréquentes, mais il n'a jamais eu d'éjaculation.

Obs. II. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine récente. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.*

R... Pierre, 66 ans entre le 4 août 1902 dans le service des voies urinaires de l'hôpital Lariboisière.

Depuis la veille au soir cet homme a une rétention complète d'urine. Jamais jusqu'à ce jour il n'a eu besoin d'être sondé ; il urinait un peu fréquemment, dit-il, dans la journée et cela depuis un an environ ; la nuit il devait se lever deux ou trois fois pour uriner.

La prostate est grosse, rénitente.

Par le cathétérisme pratiqué avec une sonde béquille n° 17 on retire 800 grammes d'urines légèrement troubles, on laisse une sonde à demeure.

OPÉRATION. — Le 16 août 1902, prostatectomie périnéale par M. le Dr Michon, remplaçant M. le Dr Hartmann.

Incision curviligne préanale ; on découvre la prostate ; mais pendant ce temps de l'opération on ouvre le rectum sur sa face antérieure.

Plaie d'environ 2 centimètres. Fermeture du rectum par 4 points de catgut non perforants.

Ensuite prostatectomie sous-capsulaire par morcellement : on arrive ainsi à enlever toute la prostate. L'ouverture de l'urètre prostatique est partiellement refermée et un gros drain est placé dans la vessie.

Suites opératoires immédiates. — Le soir de l'opération le malade a 39°2 ; on lui fait 1.500 centimètres cubes de sérum en deux fois.

Le lendemain la température tombe à 37°.

Pansement : lavage de la vessie.

26 août. — Le drain est enlevé et remplacé par une sonde à demeure.

27. — Il sort des gaz et un peu de matières stercorales, par la plaie périnéale.

18 septembre. — La sonde à demeure est enlevée définitivement ; la plus grande partie des urines s'écoule par la verge.

23. — Le malade quitte le service sur sa demande.

Il sort encore quelques gouttes d'urine par le périnée et quelques gaz par la fistule rectale : pas de matières intestinales reconnaissables.

Suites opératoires éloignées. — Ce malade, ayant donné une fausse adresse à son entrée à l'hôpital, n'a pu être retrouvé.

Obs. III. — *Hypertrophie prostatique.* — *Prolapsus rectal.* — *Rétention complète d'urine datant de cinq semaines.* — *Pas de rétention antérieure.* — *Prostatectomie périnéale.* — *Guérison.*

D... Jean, 78 ans, entre le 17 octobre 1902, salle Civiale, lit n° 16, avec une rétention complète d'urine.

Sans passé urinaire ni génital, cet homme ne s'est jamais aperçu de troubles de la miction, urinant 3 ou 4 fois le jour et se levant très rarement la nuit, lorsque subitement, le 2 novembre au matin il essaya d'uriner comme d'habitude sans pouvoir y réussir. La veille au soir, tout s'était passé comme à l'ordinaire et c'est seulement le matin au moment d'uriner qu'il s'aperçut qu'il ne pouvait émettre une seule goutte d'urine.

Cette rétention aiguë et complète dura toute la journée et toute la nuit, et le lendemain à 10 heures ne pouvant plus supporter les douleurs qu'il endurait, le malade se fit conduire à l'hôpital Lariboisière où on le sonda immédiatement. Il resta ainsi quinze jours dans un service de chirurgie où on le sondait matin et soir, mais toujours en rétention complète.

Le 17 octobre seulement il vint à la consultation des voies urinaires, où il fut immédiatement dirigé vers une des salles du service.

A son entrée dans la salle Civiale le malade est en rétention complète. L'urètre est libre au n° 20 ; la traversée prostatique, irrégulière, où la boule de l'explorateur se meut plus difficilement, est longue de 7 centimètres.

La vessie est en rétention complète : le malade ne peut uriner seul d'aucune façon ; comme il a été sondé à la consultation, une sonde béquille n° 20, étant facilement introduite, ne retire que 100 grammes d'urines très foncées, noirâtres : lavage à l'eau boriquée ; en retirant la sonde il s'écoule un peu de sang par le méat.

Les reins ne sont ni douloureux ni perceptibles.

Les testicules et les épидидymes ne présentent rien de particulier.

Le toucher rectal permet d'abord de constater l'existence d'un prolapsus en forme de bourrelet dont la partie centrale, libre, laisse pénétrer très facilement le doigt. La prostate est très volumineuse, mais régulièrement arrondie dans son ensemble, avec prédominance cependant pour le lobe gauche : elle présente une forme un peu lobée, une consistance partout élastique, sans noyaux durs, inclus dans le parenchyme.

Le malade est sondé matin et soir ; chaque cathétérisme ramène de 4 à 600 grammes d'urines troubles dont les dernières gouttes sont teintées de sang : tous les jours la vessie est lavée à l'eau boriquée.

La température n'est pas élevée et oscille entre 37° et 37°5.

OPÉRATION. — Le 25 octobre 1902, prostatectomie périnéale par M. le Dr Hartmann.

Temps préliminaires n'offrant rien de particulier : l'urètre prostatique est incisé longitudinalement en arrière du sphincter membraneux : les deux lobes latéraux de la prostate sont énucléés rapidement, facilement. Au cours de cette manœuvre la paroi latérale de l'urèthre est largement déchirée : reconstitution imparfaite avec des sutures au catgut. Drain cysto-périnéal. Tamponnement iodoformé de la plaie.

Pendant l'opération on a été un peu gêné par le prolapsus considérable du rectum qui sortait pendant les efforts. De plus, la paroi rectale venait faire saillie dans la plaie périnéale. Poids de la prostate : 73 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Le soir de l'opération, hémorrhagie veineuse : tamponnement serré à la gaze iodoformée du décollement postérieur.

Le lendemain pansement, on change les gazes superficielles ; le drain est sorti de la vessie et est facilement remis en place ; lavage à l'eau boriquée.

Le soir, même manœuvre, le drain étant encore sorti. Température : 38°4.

Les jours suivants on doit refouler le drain dans la vessie matin et soir ; on continue les lavages à l'eau boriquée ; la température baisse progressivement pour atteindre 37° le 30 octobre.

28 octobre. — Les mèches profondes sont retirées.

31. — On enlève le drain ; sonde à demeure introduite facilement avec le grand mandrin courbe.

6 novembre. — On enlève la sonde à demeure, le malade urine pendant trois jours par le périnée.

9. — Il s'est écoulé environ 400 grammes d'urines par la verge.

13. — On commence à passer des béniqués (40, 41, 42) et on continue tous les deux jours en augmentant progressivement la grosseur.

10 décembre. — Le malade ayant des urines troubles et ayant fait une légère élévation de température, on lui remet une sonde à demeure jusqu'au 26 du même mois, lavages de la vessie au nitrate d'argent tous les deux jours.

26. — La température étant descendue à la normale depuis plusieurs jours et les urines étant claires on enlève définitivement la sonde à demeure.

La plus grande partie des urines s'écoule par la verge, une partie par la plaie périnéale qui s'est fistulisée.

La fistule périnéale persiste malgré les applications de crayon de nitrate d'argent qui sont faites de temps en temps et le malade quitte le service le 9 mai 1903, conservant encore une petite fistulette par où s'écoule quelques gouttes d'urine : il urine facilement toutes les deux heures, le jour comme la nuit, n'a pas d'incontinence ; ses urines sont claires.

Grâce à l'obligeance du D^r Arnould, médecin de l'hospice des vieillards d'Aubervilliers où se trouve actuellement le malade, nous avons pu examiner notre ancien opéré le 25 mai 1904, c'est-à-dire 19 mois après sa sortie du service. Il est en parfaite santé, mange et dort bien ; il va régulièrement à la selle tous les jours. Son prolapsus rectal existe toujours, mais est bien moins accentué que lorsque le malade était en traitement salle Civiale. Jamais il n'a été sondé depuis qu'il a quitté l'hôpital ; il urine sans difficulté toutes les 3 ou 4 heures dans la journée, la nuit une ou deux fois ; ses urines sont claires, il n'a pas de résidu vésical. Sa fistule est fermée.

Depuis 15 jours il a le soir un peu d'œdème des membres inférieurs, un pouls un peu irrégulier ; à l'auscultation du cœur on entend un claquement sonore au moment de la fermeture des valvules artérielles ; cet homme semble atteint d'athérome aortique, les quelques troubles qu'il présente actuellement n'ont rien à voir avec son ancienne affection.

Obs. IV. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine avec miction par regorgement. — Prostatectomie périnéale incomplète par morcellement. — Rétention incomplète persistante.*

Le nommé R... Amable, 75 ans, entre le 23 mai 1903 dans le service des voies urinaires de Lariboisière.

Depuis 15 jours cet homme ne peut plus uriner spontanément et perd continuellement ses urines goutte à goutte.

Avant cette époque et depuis 1896 il urinait très souvent le jour comme la nuit, mais sans jamais souffrir ; toutefois, surtout depuis un an, il devait faire des efforts pour uriner et attendre souvent quelques minutes l'apparition des premières gouttes d'urine. Son jet avait perdu toute énergie, et c'est à ses pieds et souvent goutte à goutte que depuis longtemps l'urine tombait malgré les efforts violents qu'il faisait pendant toute la durée de la miction.

A 30 ans, il a eu une blennorrhagie.

Il y a 7 ans il a eu une crise de colique hépatique avec ictère, teinte foncée des urines, décoloration des matières.

Sa mère est morte à 62 ans d'un cancer utérin, son père a 72 ans d'une affection pulmonaire.

A son entrée à l'hôpital on trouve la vessie distendue, remontant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic ; l'urètre est libre au n° 20 ; la prostate volumineuse, étalée forme sur la face antérieure du rectum une saillie ferme, mais ne présentant pas la dureté, ni les inégalités des prostatites atteintes de dégénérescence cancéreuse : le doigt explorateur n'en peut atteindre la limite supérieure.

Le foie est gros, douloureux à la palpation et déborde les fausses côtes de deux bons travers de doigt.

Les deux poumons sont congestionnés aux bases.

Le cathétérisme, pratiqué avec une bécuille n° 20 donne issue à

600 grammes d'urines légèrement troubles, surtout à la fin. La sonde est fixée à demeure.

1^{er} juin. — La sonde à demeure est retirée et le malade se sonde lui-même le soir.

Le lendemain la température monte à 38°5, les urines sont plus troubles, on remet la sonde à demeure ; la température restant élevée les jours suivants, M. Hartmann décide d'intervenir.

OPÉRATION le 4. — Prostatectomie périnéale. Le malade est mis dans la position de la taille périnéale, le bassin relevé avec un coussin de sable. La sonde est laissée dans l'urètre.

Incision curviligne d'un ischion à l'autre. Le bulbe est extrêmement développé, il est accroché avec une petite pince de Museux et confié à un aide.

La graisse sous-cutanée épaisse fait que la plaie est très profonde.

L'urètre prostatique est ouvert, la sonde servant à le repérer et M. Hartmann cherche à énucléer la prostate. Cette énucléation est impossible, la glande tient partout, elle est friable et ne se laisse enlever que par petits morceaux : il faut sculpter au bistouri et aux ciseaux l'urètre, si bien qu'il n'est fait qu'une ablation imparfaite et pénible.

On introduit une sonde béquille, d'abord dans la vessie, puis le pavillon est attiré au moyen d'une bougie dans la plaie, puis dans l'urètre par un trajet rétrograde. L'urètre prostatique est fermé avec quatre points de catgut ; la plaie tamponnée à la gaze iodoformée.

Suites opératoires immédiates. — Le surlendemain les mèches profondes sont enlevées ; le 8 la sonde à demeure est changée.

15. — La sonde à demeure est enlevée : le lendemain on constate que le malade a uriné environ un litre d'urine par la verge : le reste est passé par le périnée.

17. — On passe les béniqués 38 et 39 : le soir le malade a un frisson et fait 38°4 de température.

18 et 19. — Le malade a des urines légèrement sanglantes. Toutes les urines passent par la verge.

20. — Les urines sont devenues claires ; le malade est sondé aussitôt après avoir uriné ; il s'écoule 400 grammes d'urines par la sonde.

L'épididyme gauche est douloureux et augmenté de volume.

Le malade quitte le service le 10 juillet 1903 : son orchite est guérie, sa plaie périnéale complètement cicatrisée. Il urine spontanément toutes les deux heures environ, a des urines claires, mais conserve un résidu vésical de 300 grammes environ.

Suites opératoires éloignées. — Ce malade est mort le 13 janvier 1904 avec tous les symptômes d'une obstruction intestinale. Nous apprenons en même temps que sa mort, que depuis sa sortie de l'hôpital il a toujours uriné spontanément : il se sondait en moyenne 3 fois par jour et retirait à chaque fois de sa vessie environ 1/4 de litre d'urine.

OBS. V. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine persistante. — Prostatectomie périnéale. — Légère rétention incomplète à la suite de l'opération.*

Le nommé B..., musicien, âgé de 62 ans, entre le 16 juin 1903 dans le service de M. le Dr Hartmann pour une rétention complète d'urine.

L'avant-veille cet homme a été pris, pendant la nuit, de violentes douleurs dans la région hypogastrique, se propageant dans la verge avec envies persistantes d'uriner, mais avec impossibilité de satisfaire ce besoin. Un médecin appelé le lendemain matin le sonde facilement et retira environ un demi-litre d'urine. Dans la soirée le malade n'ayant pu pisser spontanément dut se faire sonder de nouveau et le lendemain matin il vint à la consultation du service des voies urinaires toujours en rétention complète.

C'est la première fois que pareil accident lui arrive ; depuis 3 mois il avait pendant le jour des envies pressantes d'uriner et plusieurs fois il lui est arrivé de souiller ses vêtements en résistant à ce besoin ; toutefois il n'a jamais souffert ni au début ni à la fin de la miction : la nuit le malade a toujours bien dormi et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'il devait se lever une fois pour uriner.

Son appétit était toujours excellent, tous les jours il allait facilement à la selle.

A 20 ans il a eu, dit-il, des coliques néphrétiques ; depuis il n'a jamais été malade. Pas de blennorrhagie antérieure.

A la consultation ce malade est sondé facilement avec une béquille n° 18 ; on retire 600 grammes d'urines un peu louches.

Dans la salle où il est admis on le sonde 3 fois par jour et l'on retire à chaque fois des quantités d'urine variant entre 4, 5 et 600 grammes. Sa prostate est grosse surtout à gauche, lisse, de consistance un peu mollassée.

L'appareil testiculaire ne présente rien d'anormal ; les reins ne sont pas sentis.

18 juin. — A la suite d'un cathétérisme, le malade ayant fait dans la journée deux accès de fièvre urinaire avec 39°5 de température, frissons, chaleur et sueurs profuses on lui met une sonde à demeure.

En 48 heures la température retombe à la normale pour ne plus jamais remonter au-dessus de 37°5. La sonde est changée, tous les 3 jours, la vessie lavée à l'eau boricuée et au nitrate d'argent en solution à 1/1000.

27. — En changeant la sonde on pratique une fausse route qui détermine une hématurie qui dure 24 heures ; la sonde est immédiatement mise en place avec le grand mandrin courbe.

4 juillet. — La sonde à demeure est de nouveau enlevée ; le malade n'ayant pu dans la journée émettre spontanément une goutte d'urine la sonde est remise à demeure le soir à la contre-visite.

L'épreuve du bleu a été pratiquée le 29 juin.

L'élimination commencée seulement 3 heures après l'injection s'est poursuivie sans arrêt pendant 48 heures, ayant son maximum à la 6^e heure qui suivit l'injection.

OPÉRATION. — 6. — Prostatectomie périnéale. Malade mis dans la position de la taille périnéale, un coussin de sable relevant le bassin. Temps préliminaires ordinaires de l'opération ; M. Hartmann énuclée facilement le lobe gauche de la prostate plus développé que le droit ; le lobe droit plus petit vient un peu plus difficilement. Pendant l'ablation de ce dernier l'urètre est largement ouvert sur sa paroi latérale droite, ce dernier lobe faisant saillie dans l'intérieur du canal.

La paroi de l'urètre prostatique séparée du reste du canal par la déchirure est réséquée ; un gros tube vésico-périnéal est mis en place et l'urètre suturé sur lui avec 2 catguts.

La plaie est tamponnée comme à l'ordinaire avec de la gaze iodoformée.

Suites opératoires immédiates. — Aucun incident à noter dans les jours qui suivent l'opération : la vessie est lavée deux fois par jour à l'eau boriquée, tous les deux jours au nitrate d'argent.

Le 4^e jour le malade se plaignant de souffrir après les lavages au nitrate d'argent on remplace ces derniers par des instillations de nitrate au centième.

13. — Le drain est enlevé : une sonde à demeure est mise en place facilement sans mandrin.

22. — La sonde est retirée définitivement et pendant une semaine on passe régulièrement tous les 2 jours de gros béniqués.

31. — Le malade quitte le service ; sa plaie périnéale est presque complètement fermée ; il urine une seule fois la nuit, dans la journée tous les quarts d'heure et sans douleur : il n'a pas d'incontinence et toutes ses urines passent par la verge, elles sont claires ; résidu vésical : 25 grammes.

Suites opératoires éloignées. — Ce malade vient nous revoir le 8 décembre 1903 ; son état général est parfait, son appétit excellent.

Dans la journée il urine, dit-il, toutes les heures et a encore des besoins un peu pressants lorsqu'il est debout, moins lorsqu'il est assis. Il urine facilement, sans efforts ; son jet a repris de la force et mesure environ 0 m. 50 de trajectoire. La nuit il dort bien : tous les jours il se couche à 1 h. 1/2 du matin et ne se lève qu'à 7 heures pour uriner. Depuis son opération il n'a plus d'érections. La cicatrice périnéale est souple. Par le toucher rectal on constate qu'il ne reste plus rien de la prostate.

Par le cathétérisme nous retirons environ 100 grammes d'urines complètement claires et après avoir mis la vessie en tension avec 220 grammes d'eau boriquée, nous constatons un résidu du 30 grammes.

Sur notre demande le malade vint nous revoir le 14 janvier 1904, c'est-à-dire 6 mois 1/2 après son opération. Il va toujours bien et est très

satisfait de son état actuel. Il est venu, comme nous le lui avions conseillé, se faire passer de gros béniqués à la consultation (n° 58). Il urine toutes les heures dans la journée, sans efforts, et peut facilement rester 2 ou 3 heures sans uriner : la nuit il dort sans être réveillé par l'envie d'uriner de 1 heure à 7 heures. La première miction du matin est toutefois un peu retardée dans son début, et il doit attendre une minute ou deux avant que les premières gouttes d'urine n'apparaissent au méat.

La miction commencée, le jet jaillit à 1 mètre des pieds du malade.

Par le cathétérisme pratiqué sans difficulté avec une béquille n° 18, nous retirons une petite quantité (60 gr. environ, le malade ayant uriné immédiatement avant notre examen) d'urines claires et contenant quelques gros filaments. Après avoir rempli la vessie du malade et l'avoir fait uriner nous constatons qu'il conserve 50 grammes de résidu.

Toujours pas d'érection.

Le 2 juin nous revoyons le malade : il y a 11 mois qu'il est opéré. Cet homme est enchanté de son état actuel : il urine très facilement le jour toutes les 3 heures ; la nuit il n'a pas besoin de se lever : ses urines sont claires ; il conserve toujours un résidu de 50 grammes. La mise en tension de la vessie est obtenue avec 240 grammes d'eau boriquée.

Depuis que nous l'avons vu au mois de janvier cet homme a eu, nous dit-il, des érections nocturnes : il a pu se livrer au coït et à chaque fois a eu une éjaculation.

OBS. VI. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine datant de 15 jours. — Pas de rétention antérieure. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.*

M. M..., 69 ans, entre dans le service de M. Hartmann le 12 décembre 1903 pour une rétention complète d'urine.

Il y a 15 jours cet homme fut réveillé la nuit par de violentes coliques et une forte envie d'uriner : il prit un lavement, mais ses douleurs abdominales continuèrent et il parvint à évacuer avec peine quelques gouttes d'urine seulement ; le matin il fut sondé par un médecin qui retira, dit-il, un demi-litre d'urine de sa vessie. Dans la journée le malade ne put encore uriner et fut sondé 3 fois ; depuis il n'a pu pisser sans le secours de la sonde.

Depuis 3 ans, ce malade urinait très fréquemment, mais le début de son affection semble remonter à 6 ans ; déjà en 1897 il devait se lever deux ou trois fois dans la deuxième partie de la nuit pour uriner ; dans la journée il urinait peu souvent ; mais depuis 1900 la fréquence des mictions a beaucoup augmenté. La nuit, à partir de 1 heure ou 2 heures du matin il devait se lever toutes les demi-heures, quelquefois tous les quarts d'heure ; il avait des érections qui le gênaient beaucoup ; le jour s'il sortait il devait courir de pissotière en pissotière, urinant toujours sans effort, mais en plusieurs fois, les urines s'écoulant le plus souvent sans

force, ou même goutte à goutte. A chaque fois le besoin était impérieux et souvent le malade pissait dans ses vêtements. Pourtant, de temps en temps et surtout le matin il devait attendre quelques minutes l'apparition des premières gouttes d'urine. Les mictions n'étaient pas douloureuses, à peine provoquaient-elles quelques picotements dans la verge au début.

Depuis longtemps le malade est constipé ; il a toujours conservé un bon appétit. C'est un homme très sobre, ne buvant jamais entre ses repas.

Actuellement le malade est en rétention complète, son méat est étroit et ne laisse pénétrer que la boule de l'explorateur, n° 17 ; l'olive ne rencontre aucun obstacle dans toute la traversée urétrale, sauf au niveau du col vésical où elle contourne une bride prostatique avant de pénétrer dans la vessie. Une sonde béquille n° 17 évacue 300 grammes d'urines troubles ; la sonde est fixée à demeure et on fait un lavage à l'eau boriquée. Les reins ne sont pas sentis à la palpation. La prostate est grosse, régulière, sans bosselures.

14 novembre. — On fait à 6 heures du soir une injection de bleu de méthylène. L'élimination commence une demi-heure après l'injection ; à 7 heures elle devient très intense, à 9 heures elle s'arrête brusquement, de 9 à 11 heures l'urine s'écoule claire et ne présente même pas la réaction du chromogène. A 11 heures l'élimination de bleu recommence ; elle est très intense et elle se poursuit pendant toute la journée du lendemain jusqu'à 11 heures du soir.

OPÉRATION. — 16 décembre 1903. — Prostatectomie périnéale. Le malade placé dans la position de la taille périnéale, une sonde dans l'urètre pour servir de guide lorsqu'on incisera la prostate, on trace une incision convexe en avant d'un ischion à l'autre et intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Le bulbe est disséqué et relevé avec un écarteur à fourche, une valve abaisse le rectum. L'urètre est ouvert au centre de la prostate ; le désenclaveur de Young introduit dans la vessie par la brèche urétrale abaisse la prostate vers le périnée. La capsule est incisée à 3 millimètres de la lèvre urétrale de chaque côté et la glande est rapidement énucléée en masse.

Un petit lobule médian reste encore, il est énucléé de même après incision.

Trois catguts rétrécissent l'urètre prostatique et ne laissent de libre que l'ouverture antérieure par où passe le gros drain cysto-périnéal. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Poids de la prostate enlevée : 65 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Normales. Les mèches profondes sont enlevées le troisième jour ; la vessie est lavée chaque matin alternativement à l'eau boriquée et au nitrate d'argent.

Le 6^e jour le drain périnéal est enlevé, on met une sonde à demeure avec le mandrin. La sonde est changée tous les trois jours.

5 janvier. — La sonde est enlevée définitivement ; pendant la journée et la nuit le malade urine facilement et sans douleur environ toutes les deux heures : quelques gouttes d'urine seulement passent par le périnée à chaque miction.

7. — On constate que l'épididyme droit est un peu douloureux et augmenté de volume : on fait une méatotomie pour passer un béniqué n° 51 ; température le soir : 38°5.

9. — La température étant descendue à la normale on cherche à passer de nouveau un gros béniqué (n° 51). Celui-ci ne peut franchir la région prostatique même en le guidant avec le doigt dans le rectum. Le béniqué 45 avec conducteur passe facilement : aussitôt après on passe le 51 sans conducteur. La plaie du méat saigne légèrement.

Les jours suivants on continue à passer facilement de gros béniqués.

Le malade quitte le service le 16 janvier ; sa plaie périnéale est presque complètement cicatrisée : il urine toutes les deux heures le jour comme la nuit et n'a pas d'incontinence. Ses urines sont claires : la vessie se vide complètement à chaque miction.

Suites opératoires éloignées. — Nous revoyons le malade le 10 février 1904 : il commence à reprendre ses occupations et se plaint seulement de douleurs dans la région lombaire. Il urine toutes les deux heures dans la journée, toutes les trois heures la nuit : il n'a pas d'incontinence. Ses urines sont limpides et contiennent quelques gros filaments ; pas de résidu vésical. Totalité des urines en 24 heures : 1 litre 1/4.

8 mai 1904. — Le malade vient nous revoir sur notre demande. Il se porte à merveille, a bon appétit, dort bien, va régulièrement à la selle.

Le jour il urine toutes les 2 ou 3 heures, sans douleur : son jet est fort, ses urines complètement claires. Une sonde béquille n° 18, introduite facilement après la miction, montre que la vessie est à sec ; l'envie d'uriner est provoquée par l'injection de 160 grammes d'eau boriquée.

La cicatrice périnéale est encore un peu dure mais ne gêne pas le malade pour s'asseoir. Par le toucher rectal on sent la paroi antérieure du rectum un peu indurée, mais présentant encore une souplesse suffisante.

Nous avons interrogé ce malade au point de vue de la persistance ou de la disparition des érections, il nous a répondu qu'avant son opération il avait la nuit des érections gênantes et qu'il est très heureux de les avoir vues disparaître.

Obs. VII. — *Hypertrophie de la prostate. — Rétention complète récente. Hématurie. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.*

Le nommé M..., 70 ans, entre le 17 janvier 1904, salle Civiale, en rétention complète.

Depuis assez longtemps cet homme avait de légers troubles de la miction : le jour il urinait toutes les 3 heures, la nuit il se levait une ou deux fois pour uriner vers 4 heures du matin. Au début de la miction il éprouvait une sensation de brûlure dans la verge. Quelquefois en uri-

nant le jet s'arrêtait brusquement et reprenait un moment après. Depuis longtemps également ses urines étaient troubles ; jamais elles n'avaient été hématuriques.

Brusquement, en se levant le 12 janvier dernier, le malade malgré tous ses efforts ne put uriner. Il est resté ainsi 5 jours, dit-il, n'émettant de temps en temps que quelques gouttes d'urine après de nombreux efforts. Le ventre était ballonné, les souffrances assez fortes, les envies d'uriner fréquentes, empêchant le malade de prendre aucun repos : les deux derniers jours quelques troubles digestifs survinrent : nausées, vomissements. Sur les conseils de son médecin le malade entre à Lariboisière dans le service de M. le Dr Michaux.

Dès son entrée à l'hôpital, le malade fut sondé et on retira un litre et demi environ d'urines troubles, mais non hématuriques. Quelques heures plus tard il fut sondé de nouveau et on retira un litre d'urines sanglantes. Le lendemain il rendit par la verge quelques caillots mélangés à l'urine, puis celle-ci redevint ce qu'elle était avant, trouble mais non hématurique.

Le 21 janvier le malade entre dans le service de M. Hartmann. Il est toujours en rétention complète ; son urètre se laisse facilement franchir par l'olive n° 19 ; sa prostate est volumineuse, bombe fortement dans le rectum surtout à droite : elle est souple avec quelques points un peu plus résistants. Par le cathétérisme on retire 800 grammes d'urines très troubles. On met une sonde à demeure au malade et on lui lave la vessie tous les deux jours au nitrate d'argent, matin et soir à l'eau boriquée. La température qui atteignait 39° le premier jour descend rapidement à la normale.

OPÉRATION. — 29 février 1904. — Prostatectomie périnéale. Le malade est mis dans la position de la taille périnéale, un coussin relevant le bassin ; une sonde est laissée dans l'urètre.

La vessie lavée et le malade étant préparé M. Hartmann trace une incision curviligne d'un ischion à l'autre, la concavité de l'incision regardant le rectum : le bulbe est disséqué et la face postérieure de la prostate mise à nu. L'urètre est ouvert en arrière de la portion membraneuse et le désenclaveur de Young introduit aussitôt après avoir retiré la sonde. La prostate est abaissée, la capsule est incisée en dehors de la brèche urétrale et successivement les deux lobes sont enlevés d'un seul bloc. Un gros drain est mis dans la vessie. Deux catguts réunissent sur le drain les débris de la capsule prostatique. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée.

Poids des deux lobes enlevés : 40 grammes.

Suites opératoires immédiates. — A partir du jour de l'opération le malade est toujours resté à 37°. Matin et soir on lui a lavé la vessie à l'eau boriquée.

4 mars. — Les mèches profondes ont été enlevées.

8. — On retire le drain et on met à demeure avec le mandrin une sonde béquille n° 19.

9. — La sonde a bien fonctionné : les urines sont excessivement troubles ; la capacité vésicale n'est que de 60 grammes ; on fait une instillation de nitrate d'argent à 1 0/0.

Les jours suivants on continue les instillations : les urines s'éclaircissent progressivement.

13. — Urines encore légèrement troubles : la capacité vésicale étant de 140 grammes on remplace les instillations par un lavage au nitrate d'argent à 1/1000. Rapidement les urines deviennent complètement claires.

16. — La sonde à demeure est retirée. Le malade urine toutes les heures spontanément : les urines sont claires, elles passent en totalité par la verge.

18. — On commence à passer des béniqués : la plaie se ferme rapidement ; pas une goutte d'urine ne s'écoule par le périnée.

Le malade quitte le service le 29, urinant toutes les heures, avec des urines complètement claires, sans résidu vésical.

Suites opératoires éloignées. — Sur notre demande le malade vient nous voir le 15 mai 1904, c'est-à-dire deux mois après son opération. Il se porte à merveille, mange et dort bien et va régulièrement à la selle tous les jours. Pendant quelques jours, après sa sortie de l'hôpital, il a souffert dans les reins ; aujourd'hui ces douleurs ont disparu.

Dans la journée il urine 3 ou 4 fois, la nuit 2 ou 3 fois, toujours sans efforts et sans douleur. Son jet est gros et fort. Les urines sont claires, il n'a pas de résidu vésical.

Capacité vésicale : 250 grammes.

Par le toucher rectal on sent l'urètre faire une saillie arrondie, de la grosseur du petit doigt, sur la face antérieure du rectum : de chaque côté on sent une certaine induration à la place qu'occupaient les lobes prostatiques.

Ce malade n'avait plus d'érections depuis longtemps : la prostatectomie n'a donc rien modifié chez lui à ce point de vue.

OBS. VIII. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine récente. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.*

Le nommé B... Joseph, 61 ans, entre le 16 mars 1904 dans le service de M. le Dr Hartmann pour une rétention complète d'urine. Dans la nuit précédente cet homme a ressenti vers 1 heure du matin une très forte envie d'uriner et malgré tous ses efforts il n'a pu depuis cette heure y parvenir. La veille il n'avait commis aucune imprudence, cette crise de rétention aiguë est donc survenue sans cause provoquante.

Il y a un an que le malade s'est aperçu qu'il avait des troubles de la miction : au début son attention fut attirée par la fréquence des mictions dans la deuxième partie de la nuit ; il devait se lever deux ou trois fois pour uriner ; le jour il urinait toutes les deux ou trois heures. Puis les envies d'uriner devinrent encore plus rapprochées et surtout plus pres-

santes, si bien qu'il lui est arrivé de commencer à uriner dans ses vêtements.

A chaque miction l'urine s'échappait d'abord en un jet assez fort puis s'écoulait lentement, goutte à goutte à la fin. Malgré cela le malade nous dit n'avoir jamais souffert en urinant.

Depuis 6 mois la fréquence des mictions a énormément augmenté dans la journée ; il doit uriner toutes les demi-heures ; la nuit il n'urine toujours que 3 ou 4 fois.

Malgré ses troubles urinaires le malade a conservé jusqu'à ce jour un bon appétit : depuis quelque temps il était un peu constipé.

Il a eu une blennorrhagie à 20 ans, la fièvre typhoïde à 21 ans. Depuis une dizaine d'années il a une hernie inguinale double.

A son entrée dans le service, le malade n'a pas uriné depuis la veille au soir : son urètre est libre à l'olive n° 20 ; par le cathétérisme nous retirons $\frac{3}{4}$ de litre d'urine légèrement trouble.

Les testicules n'ont rien de particulier : les reins ne sont pas sentis.

Par le toucher rectal on sent la prostate faire une saillie très nette dans le rectum. Le doigt explorateur en suit facilement les contours.

La consistance est un peu résistante, égale dans les deux lobes sauf au niveau de la partie inférieure du lobe gauche où l'on perçoit un petit noyau inclus dans le parenchyme prostatique.

On fixe une sonde à demeure et on lave la vessie à l'eau boriquée.

1^{er} avril. — On injecte 1 centimètre cube de solution de bleu de méthylène à 5 0/0 ; l'élimination se fait en 48 heures sans interruption.

OPÉRATION. — 5 avril 1904. — Prostatectomie périnéale. Incision périnéale bi-ischiatique, mise à nu rapide de la face postérieure de la prostate.

Incision de l'urètre membraneux et introduction du désenclaveur de Young : l'emploi du désenclaveur facilite beaucoup l'abaissement de la prostate. Le lobe droit ne peut être enlevé que par morcellement : le lobe gauche est enlevé d'un seul morceau par énucléation avec le doigt. La prostate enlevée est de petit volume (une grosse noix). Pas de suture de l'urètre ; tube périnéal, tamponnement de la loge prostatique.

Suites opératoires immédiates. — Le lendemain de l'opération le drain étant sorti de la vessie la température monte à 38°7 : le drain est remis en place et la température descend à la normale. La vessie est lavée deux fois par jour à l'eau boriquée.

11. — On enlève le drain et avec le mandrin courbe on met en place une sonde béquille n° 20. La sonde fonctionne bien ; elle est changée le 16.

20. — La sonde à demeure est retirée définitivement. Dans la journée et dans la nuit le malade urine 2 litres $\frac{1}{4}$ par la verge ; pas une goutte ne passe par le périnée : la plaie est d'ailleurs presque complètement cicatrisée. Les mictions se font facilement toutes les deux heures : les urines sont claires.

Les jours suivants on passe de gros béniqués ; l'urine s'écoule toujours par la verge.

26. — Le malade quitte le service ; sa plaie est complètement fermée depuis trois jours : il urine toutes les deux heures, facilement, sans efforts : ses urines sont claires : il n'a pas de résidu vésical.

Sur notre demande le malade vient nous voir le 3 juin. Il urine maintenant toutes les 3 heures dans la journée, la nuit une seule fois : les mictions se font très facilement, le jet est gros et puissant. Les urines sont très claires, il n'a pas de résidu vésical. Capacité vésicale : 260 grammes.

Cet homme est enchanté du résultat de son opération ; il mange et dort bien, va régulièrement à la selle tous les jours. La cicatrice n'est pas douloureuse et ne le gêne d'aucune façon. Depuis longtemps il n'avait plus d'érections, la prostatectomie n'a donc rien changé chez lui.

OBS. IX. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine. — 5 ou 6 crises de rétention aiguë antérieures. — Prostatectomie périnéale par morcellement intra-capsulaire. — Guérison.*

Lé nommé G... Narcisse, 60 ans, entre salle Civile le 20 mai 1902 en rétention complète.

La veille au soir cet homme a, dit-il, absorbé quelques petits verres d'eau-de-vie de marc chez un ami à Montargis, a pris le train et est rentré à Paris : depuis il n'a pu uriner ; un médecin qu'il a fait appeler ce matin, après plusieurs essais infructueux de cathétérisme, lui a conseillé de venir dans le service de M. Hartmann à l'hôpital Lariboisière.

Ce n'est pas la première fois que pareil accident arrive au malade ; il y a 7 ans, à la suite d'une absorption considérable de bocks il eut sa première rétention d'urine : à Saint-Louis où il alla on le garda 48 heures avec une sonde à demeure et on le renvoya urinant spontanément : pendant 20 jours il alla à la consultation externe de cet hôpital où on lui vida chaque jour la vessie et où on lui fit un lavage vésical à l'eau boriquée.

Dans des circonstances à peu près analogues cet homme eut en 7 ans 5 ou 6 crises de rétention complète d'urine : à chaque fois il allait se faire sonder et rentrait chez lui pouvant uriner seul.

Depuis 2 ans, il n'a pas eu besoin, dit-il, de recourir à la sonde.

A la suite de sa première rétention, ses mictions sont devenues plus fréquentes et plus difficiles : la nuit il devait se lever 3 ou 4 fois pour uriner ; le jour il devait uriner toutes les heures environ. A chaque miction et surtout à celles du matin, l'urine mettait quelque temps à apparaître au méat : elle s'écoulait d'abord goutte à goutte, puis en un jet très faible. Pendant les 20 jours qui suivirent sa première rétention complète il a souffert à la fin de la miction ; cette sensation douloureuse a ensuite disparu et ce n'est que depuis 6 mois qu'il s'est mis de nouveau à souffrir, en même temps que la force de son jet d'urine disparaissait complètement ; depuis cette époque, en effet, il n'urine plus que goutte à goutte et au prix de grands efforts, surtout lorsqu'il a résisté un peu à l'envie d'uriner.

Cet homme a eu une blennorrhagie à 20 ans et n'a jamais fait d'autre maladie.

Son père est mort à 49 ans d'une congestion pulmonaire ; il a un frère vivant âgé de 53 ans qui urine très facilement.

Aussitôt rentré dans la salle le malade qui a une urétrorrhagie provenant de tentatives malheureuses de cathétérisme est sondé avec une sonde béquille n° 20 montée sur le mandrin courbe de Guyon. Un litre d'urine environ, troubles et teintées de sang s'écoule par la sonde qui est fixée à demeure.

Il a 38° de température.

La prostate est grosse, surtout à gauche, dure, mais légèrement dépressible.

Les jours suivants la température reste toujours à 38° malgré la sonde à demeure et les lavages de la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent.

25 et 26. — Il a un accès de fièvre urinaire, la température atteint presque 40.

Le lendemain de son entrée dans le service on a fait au malade une injection de la solution de bleu de méthylène ; les urines recueillies d'heure en heure ont montré une élimination régulière qui s'est terminée en 24 heures.

L'analyse des urines pratiquée par M. Giraudeau, interne en pharmacie du service, a donné les résultats suivants :

Couleur.	jaune rouge
Réaction	neutre
Densité.	1.018
Sucre	néant
Albumine.	présence
Urée	16 gr. 65 par litre
(Urines légèrement sanglantes).	

OPÉRATION. — 28 mai 1902. — Prostatectomie périnéale, sonde dans l'urètre et lavage de la vessie à l'eau boriquée. Incision pré-anale d'un ischion à l'autre. Dégagement du bulbe et rejet du rectum en arrière. L'urètre est ensuite ouvert sur une assez grande étendue en arrière de sa portion membraneuse.

Incision de la capsule prostatique un peu en dehors de la brèche urétrale et amorcement du décollement prostatique avec l'extrémité mousse des ciseaux courbes. La prostate ne contenant aucun noyau limité, M. Hartmann enlève par morcellement et successivement le lobe gauche qui est le plus développé, puis le lobe droit. Quatre catguts rapprochent les lèvres de la plaie uréthrale au voisinage du col vésical, laissant la partie antérieure béante pour le passage du gros drain.

Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée. Durée : 28 minutes. Poids de la prostate : 65 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Le soir même de l'opération la tem-

pérature tombe à 37°5 : la vessie est lavée par le drain à l'eau boriquée.

Le lendemain pansement superficiel, lavage de la vessie.

1^{er} juin. — Les mèches profondes sont enlevées. Pas d'hémorrhagie.

6. — Le drain est enlevé et remplacé par une sonde introduite par la verge avec l'aide du mandrin.

Dans la nuit du 10 au 11 le malade a retiré sa sonde : comme pas une goutte d'urine n'est passée par la plaie périnéale on laisse le malade sans sonde à demeure ; le soir, à 6 heures 1/2, il a un frisson et la température monte à 38°2.

12. — Le matin, la température étant redescendue à 37 on se contente de laver la vessie à l'eau boriquée sans fixer de nouvelle sonde à demeure.

13. — On passe les béniqués 36, 37 et 38 : les urines sont claires.

14. — Le malade fait 38 de température le matin, 38,8 le soir ; on constate à la base de chaque poumon un peu de submatité : à l'auscultation, râles sous-crépitaants fins. Ventouses sèches.

Les jours suivants mêmes phénomènes congestifs aux deux bases. Température légèrement élevée, on continue à passer des béniqués tous les deux jours.

19. — Le malade a des besoins d'uriner pressants et s'il ne les satisfait immédiatement il perd son urine malgré lui. Orchite double.

20. — Les phénomènes pulmonaires ont disparu : la température est tombée à la normale.

A partir du 22 le malade n'a plus de fausse incontinence, il garde très bien ses urines : il urine toutes les 4 ou 5 heures, et vide complètement sa vessie.

Il sort le 2 juillet urinant deux fois la nuit, le jour toutes les quatre heures : ses urines sont claires, aucun résidu vésical.

Suites opératoires éloignées. — Sur notre demande le malade vient nous revoir le 27 janvier 1904, c'est-à-dire près de deux ans après son opération.

Son état général est parfait : jamais, dit-il, il ne s'est si bien porté.

Depuis sa sortie de l'hôpital il n'a jamais souffert en urinant, n'a jamais eu besoin d'être sondé et n'est même pas venu à la consultation du service, comme nous le lui avions recommandé, pour se faire laver la vessie.

La cicatrice qui est restée douloureuse pendant trois mois est maintenant souple et complètement indolore.

Actuellement cet homme urine 4 ou 5 fois dans la journée et peut facilement garder ses urines 4 ou 5 heures ; la nuit il se lève une fois pour uriner de temps en temps. Le plus souvent il dort du soir au matin sans être réveillé par l'envie d'uriner.

La miction se fait très facilement, sans aucune douleur ; le jet est fort du commencement à la fin et atteint facilement un mètre.

Il éjaculait encore facilement avant son opération : depuis il est resté

six mois sans avoir d'érection ; puis les érections ont reparu et il a pu se livrer au coït sans parvenir toutefois à éjaculer.

Il mange avec beaucoup plus d'appétit qu'avant son opération, digère très bien et va facilement à la selle.

Nous sondons facilement notre malade : une sonde bécuille n° 18 pénètre rapidement dans la vessie, accrochant toutefois quelques petites inégalités de l'urètre au niveau de sa portion prostatique. Les urines qui s'écoulent sont claires jusqu'à la dernière goutte.

La vessie est mise en tension avec 180 grammes d'eau boriquée : un nouveau cathétérisme pratiqué aussitôt après que le malade a uriné ne ramène aucune goutte de liquide ; ce malade vide donc bien sa vessie.

Le testicule gauche est encore un peu douloureux.

Par le toucher rectal on sent à la place qu'occupait la prostate une cicatrice étalée sur laquelle glisse facilement la muqueuse rectale.

Cette première série d'opérés comprend donc 9 cas. Tous présentaient, comme caractère commun au moment de l'intervention, une rétention complète d'urine datant de moins de trois mois ; nous les comprenons sous le titre de rétention complète récente.

Quatre de ces malades étaient âgés de 60 à 65 ans, 3 de 65 à 70 ans, un de 75 ans, un autre de 78 ans. Le début de leurs troubles dysuriques a été chez quelques-uns assez difficile déterminer : en moyenne il datait de 4 à 3 ans ; chez un seul (obs. IX) de 7 années. Aucun de ces malades n'avait eu de rétention aiguë avant de venir à l'hôpital, sauf le dernier qui en était à sa 7^e crise. Toutefois, en remontant dans leur histoire urinaire, on retrouvait facilement chez les 6 derniers de ces malades, des signes évidents de rétention incomplète d'urine.

Aucun de ces malades n'avait eu de réaction testiculaire avant d'être opérés. Parmi eux, un (obs. III) avait un prolapsus rectal très prononcé, prolapsus qui diminuait considérablement après l'intervention.

Tous avaient des urines troubles, quelques-uns des urines franchement purulentes, 3 avaient des hématuries, un parce que sa vessie avait été vidée trop rapidement dans un autre service, les deux autres parce qu'ils avaient une fausse route ; aucun n'avait de calculs.

La vessie de tous ces malades était distendue : au minimum 300 grammes, au maximum 1 litre, en moyenne 600 grammes.

4 de ces rétentionnistes avaient de la fièvre au moment de leur entrée à l'hôpital ; chez 2 d'entre eux la sonde à demeure la fit rapidement disparaître, chez les 2 autres (obs. IV et IX) elle persista.

L'épreuve du bleu n'a été faite que chez les 5 derniers ; elle a montré que les reins de ces malades fonctionnaient encore bien ; la palpation n'en était d'ailleurs pas douloureuse et ne permettait pas de sentir le pôle inférieur du rein, comme il nous a été donné de le constater chez les malades atteints de pyélonéphrite ascendante.

La prostate de tous ces malades était considérablement augmentée de volume et bombait très nettement dans le rectum.

Tous ces malades ont subi la même opération : la prostatectomie périnéale ; un il y a 2 ans 1/2, 3 depuis plus d'un an 1/2, 2 depuis plus d'un an, les autres depuis un laps de temps inférieur à 6 mois.

La prostatectomie a été faite par morcellement chez 4 d'entre eux (obs. I, II, IV, IX), chez les autres la prostate a été facilement énucléée en bloc. Chez tous l'opération a été complète, sauf chez notre malade de l'observation IV où il fallut sculpter l'urètre au milieu de la glande scléreuse et sans limites précises.

Au cours de l'opération, nous n'avons eu qu'un seul accident à déplorer, le rectum a été une fois malencontreusement ouvert (obs. II) pendant qu'on cherchait à l'abaisser en sectionnant les fibres du muscle recto-urétral. Ce malade a gardé une fistule périnéale par où, au moment de sa sortie, s'échappaient des gaz et s'écoulait un peu d'urine.

Tous nos opérés ont été soumis au drainage cysto-périnéal, largement pratiqué avec un tube de caoutchouc de fort calibre, sauf un seul (obs. IV) chez qui on a suturé l'urètre

prostatique complètement et mis une sonde à demeure par la verge le jour même de l'opération.

Chez tous également le drainage cysto-périnéal a été suivi d'un drainage vésical par la sonde à demeure : celle-ci a été laissée en place un temps très variable de 7 à 23 jours, 53 jours chez le malade de l'observation III.

On se guidait pour l'enlever sur le retour des urines à l'état limpide.

Grâce à ce drainage systématique, le caractère des urines a rapidement changé chez tous nos opérés : en quelques jours elles étaient devenues moins troubles, mais leur éclaircissement complet a toujours demandé un temps plus ou moins long et des lavages répétés.

La sonde enlevée tous nos malades ont uriné spontanément par la verge ; le lendemain ou le surlendemain ils ne perdaient plus une goutte d'urine par le périnée.

Nous devons en excepter nos numéros II et III, le premier ayant quitté le service avec une fistule uréthro-recto-périnéale ; le deuxième ayant gardé pendant assez longtemps une fistulette périnéale par où s'écoulait un peu d'urine à chaque miction. Un seul a eu de l'incontinence pendant quelques jours (obs. I) ; un autre a eu pendant 5 jours des envies impérieuses d'uriner avec fausse incontinence.

Tous ont vidé immédiatement et complètement leur vessie à chaque miction, sauf le n° IV. Rappelons que ce malade qui nous a quitté avec de la rétention incomplète était un grand urinaire, ayant des mictions par regorgement depuis 15 jours, un état général déplorable, et que de plus l'inflammation chronique dont sa prostate était le siège avait créé des lésions de périprostatite qui gênèrent énormément pour l'extirpation de la glande, et firent qu'on dut s'en tenir à une opération tout à fait incomplète.

La température de nos opérés (IV et IX) est descendue à 37 le lendemain même de l'opération ; chez tous elle est restée à la normale après l'intervention et si chez quelques-uns nous

avons noté de légères ascensions passagères, la fièvre était due soit à un drain, soit à une sonde ayant mal fonctionné, soit au passage d'un béniqué, soit enfin à l'apparition d'une orchite.

Nous notons en effet cette dernière complication chez 4 de nos opérés (obs. I, IV, VI, IX) ; chez 4 malades, l'orchite est survenue tardivement, après l'ablation du drain, soit au moment de la mise en place de la première sonde (obs. I), soit après le retrait de la sonde à demeure lorsqu'on eut commencé à passer des béniqués (obs. IV, VI et IX). Chez tous la réaction testiculaire a été bénigne et de peu de durée.

Le séjour que nos malades ont fait dans nos salles est relativement court : opérés de 8 jours à 2 mois après le début de leur dernière crise de rétention aiguë, alors qu'on s'était assuré que la sonde à demeure laissée en place quelques jours ne ramenait pas chez eux le cours régulier des urines, ou que la persistance de la fièvre malgré le drainage par la sonde, indiquait une infection profonde ne cédant pas aux moyens ordinaires, ces malades ont quitté le service en moyenne 1 mois à 1 mois 1/2 après leur opération.

Tous à leur sortie avaient des urines claires et urinaient facilement, n'avaient pas d'incontinence et vidaient complètement leur vessie. Nous en exceptons toujours le malade de l'observation IV, dont nous avons rappelé l'histoire en quelques mots, et qui avait encore à sa sortie 300 grammes de résidu.

Parmi ces malades un a disparu sans laisser d'adresse et n'a pu être suivi (obs. II) ; un autre est mort en janvier 1904 d'occlusion intestinale, les sept autres ont été suivis et examinés il y a peu de temps.

Tous jouissent d'une santé parfaite : la plupart ont repris leurs pénibles occupations : tous ont bon appétit, digèrent bien et vont bien à la selle. Aucun ne présente de fistule périnéale (même le malade de l'obs. III dont la fistule s'est

fermée spontanément depuis longtemps). Leur cicatrice périnéale est souple et insensible.

Aucun n'a d'incontinence. Tous urinent très facilement, en moyenne toutes les deux ou trois heures dans la journée, un peu moins souvent la nuit. Leur jet est gros et relativement puissant.

Tous ont conservé la clarté de leurs urines depuis qu'ils ont été opérés. Toutefois (obs. I) un de ces malades a eu au bout de 1 an 1/2 de tranquillité un retour offensif de ses accidents infectieux ; ses urines sont progressivement devenues très troubles, ses mictions très fréquentes : il a dû subir un traitement local pendant quelque temps et a de nouveau des mictions normales et des urines claires.

Tous ces malades vident leur vessie à chaque miction ou ont un résidu insignifiant. Leur capacité vésicale est redevenue normale, sauf pour le malade de l'observation VI qui a actuellement un peu de cystite.

Enfin 3 de nos malades avaient encore des érections utiles avant d'être opérés. Or ces trois malades ont pu se livrer au coït, le n° I aussitôt après sa sortie de l'hôpital, le n° IX 6 mois, le n° V 9 mois après leur opération : parmi eux, seul le malade de l'observation V nous affirme avoir éjaculé. Parmi les autres malades, un seul (obs. VII) avait la nuit des érections gênantes, il est très heureux d'en être débarrassé.

En résumé, nous pouvons dire que nous avons obtenu de très brillants résultats avec cette première catégorie de malades : je doute fort que la sonde à demeure, les sondages répétés, outre qu'ils constituent une gêne et un danger pour des gens obligés de travailler et peu habitués aux pratiques de l'asepsie, puissent donner jamais des résultats comparables.

Ces malades étaient tous en rétention complète. Peut-être la sonde à demeure laissée longtemps en place eût-elle permis à un petit nombre d'entre eux d'uriner encore spontanément pendant quelque temps, mais il n'en est pas moins

vrai que tôt ou tard ils auraient subi le même accident, d'autant plus qu'un grand nombre d'entre eux présentaient des symptômes évidents de rétention incomplète : tous avaient des urines troubles, et l'on sait combien l'infection est difficile à déloger de ces vessies qui se vident mal ; la prostatectomie a transformé tous ces malades : ils jouissent maintenant d'une santé parfaite, peuvent travailler et gagner leur vie sans être astreints aux visites journalières dans les consultations externes de nos services spéciaux. On peut donc dire que la prostatectomie a rendu des services inappréciables aux malades dont nous venons de rapporter l'histoire.

DEUXIÈME GROUPE

Malades atteints de rétention complète ancienne.

OBS. X. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine ancienne. — Infection urinaire. — Prostatectomie périnéale. — Mort en asystolie.*

M... Louis, 63 ans, entre le 26 avril 1902 dans le service de M. le Dr Hartmann parce que depuis 3 mois il perd continuellement ses urines goutte à goutte.

Cet homme fait remonter à 10 ans le début de ses troubles urinaires. A cette époque il commença à se lever fréquemment dans la deuxième partie de la nuit pour uriner : le matin à son lever il éprouvait de grandes difficultés pour pisser, devait attendre souvent 5 ou 10 minutes et faire plusieurs fois le tour de sa chambre pour voir apparaître les premières gouttes d'urine ; chaque miction provoquait des douleurs dans la verge, surtout au début.

Peu de temps après le début de ces accidents le malade fut pris d'envies fréquentes d'uriner, non seulement la nuit, mais aussi le jour : toutes les heures, quelquefois plus souvent encore.

Depuis 8 ans, en plus de cette difficulté de la miction, cet homme a presque toujours de l'incontinence d'urine aussi bien le jour que la nuit.

Depuis 3 mois tous ces symptômes se sont aggravés : l'urine s'écoule continuellement goutte à goutte de sa verge, le jour comme la nuit : toutes les 5 ou 10 minutes il a des envies pressantes d'uriner, et il a beau tirer sur sa verge il ne peut arriver à évacuer un jet d'urine, si faible soit-il.

Depuis cette époque également le malade a perdu complètement l'appétit ; le pain, la viande le dégoûtent ; il est tourmenté par une soif continuelle ; il a beaucoup maigri. Tous les 3 ou 4 jours il a, dit-il, des accès de fièvre se manifestant par des frissons, une sensation de chaleur à la peau, des sueurs abondantes.

Nous examinons le malade dès son entrée dans la salle Civile : sa vessie remonte jusqu'à l'ombilic ; il urine par regorgement.

La prostate est grosse, lisse et fait une saillie globuleuse dans le rectum.

Ses testicules et ses épидидymes n'offrent rien de particulier. Ses reins ne sont pas sentis à la palpation.

Nous sondons facilement le malade avec une bécquille n° 18 et nous

retons un litre et demi d'urines troubles dont les dernières gouttes sont légèrement teintées de sang. Nous faisons cette évacuation, la seringue à la main, ayant soin d'injecter de temps à autre de l'eau boriquée dans la vessie pour remplacer l'urine qui s'est écoulée par la sonde.

La sonde est fixée comme à l'ordinaire et son pavillon obturé avec un fauset. De temps à autre on débouche la sonde et on injecte de l'eau boriquée dans la vessie.

Pendant la nuit et les jours suivants, le malade a du délire et arrache sa sonde : elle est remise en place soit le matin à la visite, soit le soir à la contre-visite.

Malgré cela la température de ce malade reste élevée, oscillant entre 38° et 39° : M. Hartmann décide alors d'intervenir.

OPÉRATION. — 7 mai 1902. — Prostatectomie périnéale.

Le malade est placé dans la position de la taille périnéale, le sacrum relevé par un coussin de sable. Incision curviligne convexe en avant d'un ischion à l'autre. M. Hartmann incise successivement la peau, le tissu cellulo-graisseux, les faisceaux antérieurs du sphincter anal ; le bulbe et le bulbo-caverneux sont accrochés avec une petite pince de Museux qui est confiée à un aide. Puis à petits coups de ciseaux, M. Hartmann sectionne les tissus situés immédiatement en arrière, regardant avec l'index gauche si les parties deviennent décollables ; à un moment l'index gauche entraîne le rectum en arrière. Immédiatement on voit se dessiner de chaque côté les faisceaux du releveur.

Le décollement est poursuivi, on enlève la pince de Museux, un écarteur en fourche est placé en avant, une petite valve vaginale en arrière sur le rectum. On voit alors nettement la saillie de l'urètre membraneux et en arrière de lui la prostate avec ses deux lobes.

L'urètre est ouvert en arrière de sa portion membraneuse, la sonde laissée en place servant de guide.

La capsule prostatique est incisée un peu à droite de l'urètre, le décollement est amorcé et la partie décollée de la capsule amincie avec une petite pince de Museux ; le lobe droit puis le lobe gauche sont enlevés rapidement en se servant du doigt et de l'extrémité mousse des ciseaux courbes. Le décollement commencé pour chaque lobe par la face superficielle est terminé par la face urétrale.

Un drain est placé dans la vessie par la boutonnière périnéale. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée.

Durée de l'opération : 12 minutes.

Poids des deux lobes enlevés : 45 grammes.

Chacun de ces lobes se présente avec une forme arrondie, un peu lobulée à la surface, de coloration blanc grisâtre, de consistance ferme, un peu élastique.

Suites opératoires immédiates. — Le lendemain de l'opération la température est descendue à 37°. Le drain fonctionne bien, la vessie est lavée à l'eau boriquée.

Le lendemain on enlève les mèches qui tamponnent la plaie. Pansement peu serré : lavage de la vessie.

14 mai. — On enlève le drain périnéal et on introduit avec le mandrin une sonde bécuille n° 18.

La vessie est lavée à l'eau boriquée deux fois par jour ; tous les deux jours avec la solution de nitrate d'argent à 1/1000. La sonde est changée tous les trois jours.

29. — La sonde à demeure est retirée, on passe les bécuiques 34 et 35.

Le lendemain on constate que toutes les urines se sont écoulées par la plaie périnéale.

31. — Le malade urine en grande partie par la verge, on passe les bécuiques 35, 36 et 37.

5 juin. — Le malade a un frisson, sa température monte à 39°5 ; on remet la sonde à demeure.

Le lendemain on constate que le malade a une orchite gauche. Comme il a arraché sa sonde pendant la nuit on le laisse uriner seul. Toute l'urine s'écoule par la verge.

A partir du 13 juin le malade perd ses urines goutte à goutte dès qu'il se met debout.

20. — Le malade est pris de dyspnée assez forte ; son pouls est très irrégulier ; il a de l'œdème des membres inférieurs. On lui donne de la digitale qui l'améliore pendant quelques jours : mais le 25 les accidents cardiaques redoublent d'intensité et le malade meurt le 27 juin en asystolie.

Obs. XI. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine datant de 6 mois. — Calculs vésicaux. — Hématuries. — Infection urinaire. — Prostatectomie périnéale et ablation des calculs. — Amélioration passagère. — Soins post-opératoires insuffisants. — Mort 7 mois après l'opération d'infection urinaire.*

J... Faustin, 64 ans, atteint de rétention complète d'urine depuis 6 mois, entre le 5 juin 1902 dans le service de M. le Dr Hartmann parce que depuis 8 jours ses urines contiennent du sang en assez grande quantité.

Cet homme fait remonter à une quinzaine d'années le début de ses troubles urinaires. En 1887 il commença à éprouver quelques difficultés pour uriner : le matin surtout il devait faire des efforts pour y parvenir ; le jet était sans force et souvent au début de la miction l'urine ne s'écoulait que goutte à goutte ; la nuit il devait se lever vers 2 ou 3 heures du matin, et les envies d'uriner devenaient de plus en plus fréquentes à mesure que la nuit se prolongeait ; dans le jour il n'urinait que toutes les 3 ou 4 heures.

Ces troubles allèrent en augmentant progressivement et en 1892 les mictions étant devenues extrêmement pénibles le malade alla à l'hôpital Necker se faire sonder et laver la vessie ; ce traitement l'améliora beau-

coup et il resta longtemps sans souffrir tout en conservant de la fréquence des mictions.

Il y a 3 ans la fréquence et les difficultés de la miction étaient réparées avec une intensité plus grande que jamais ; le malade devait attendre souvent quelques minutes l'apparition des premières gouttes d'urine ; le jet n'avait plus aucune force. A cette époque il pissait du sang pour la première fois : l'hématurie était, dit-il, totale et chaque miction s'accompagnait surtout à la fin de douleurs violentes dans la région hypogastrique et dans la verge ; le malade garda le lit quinze jours ; au bout de ce temps ses urines ne contenaient plus de sang, mais étaient très troubles.

Il y a 2 ans il eut une orché-épididymite gauche qui dura un mois.

Il y a 6 mois survint une nouvelle orchite et en même temps une rétention complète d'urine. Depuis cette époque le malade n'a jamais pu pisser sans le secours de la sonde.

Depuis 4 mois, chaque fois qu'il se livre à un travail pénible, cet homme est aussitôt pris de violentes envies d'uriner s'accompagnant de douleurs dans l'hypogastre, le périnée et la verge : il doit se sonder aussitôt et souvent les dernières gouttes d'urine qui s'échappent de la sonde sont teintées en rouge ; les courses en voiture lui sont devenues impossibles.

Il y a un mois il a eu une nouvelle hématurie totale qui dura 24 heures et depuis 8 jours il pisse de nouveau du sang : c'est pour cette raison qu'il s'est décidé à venir à l'hôpital.

A 29 ans il a eu, dit-il, une blennorrhagie qui se compliqua de cystite ; il n'a pas fait d'autre maladie.

Actuellement cet homme est toujours en rétention complète, il se sonde toutes les deux heures, le jour comme la nuit ; plusieurs fois il lui est arrivé de sentir comme un frottement râpeux lorsque sa sonde pénétrait dans sa vessie.

L'urètre est facilement franchi avec l'explorateur n° 20 ; au retour on sent un léger ressaut au niveau de la portion bulbo-périnéale.

Par le cathétérisme on retire 280 grammes d'urines très troubles dont les dernières gouttes sont fortement teintées de sang : en pénétrant dans la vessie la sonde refoule un calcul : la sensation est très nette. On s'assure d'ailleurs immédiatement de la présence de calculs en explorant la vessie avec l'explorateur métallique.

De chaque côté les épидидymes présentent un noyau induré au niveau de la queue, la pression en est douloureuse.

Les reins sont sentis à droite et à gauche, ils sont sensibles au ballottement. Le bleu s'élimine à peine.

Par le toucher rectal on sent la prostate peu augmentée de volume mais dure et de surface inégale, surtout dans son lobe gauche.

Sonde à demeure. Température 37°8.

OPÉRATION. — 12 juin 1902. — Prostatectomie périnéale. Incision

prérectale ordinaire ; on arrive facilement sur la prostate qui est peu volumineuse : on incise sa capsule et on cherche à l'énucléer après avoir amorcé un décollement et saisi la glande avec de petites pinces de Museux.

La glande tient partout et on ne peut l'enlever que par petits morceaux ; elle contient une série de petits calculs noirâtres du volume d'un grain de chènevis, contenus dans de petites logettes renfermant du liquide grisâtre. Comme dans ces conditions il est difficile de marcher sans risquer de léser l'urètre, M. Hartmann préfère l'ouvrir franchement, et inciser les tissus un peu en dehors de lui, enlevant ainsi par fragments la prostate.

Ceci fait avec la tenette de Dolbeau on retire successivement deux calculs de la vessie. Trois catguts rétrécissent l'ouverture faite à l'urètre, ne laissant en avant qu'un orifice par lequel sort un gros drain.

Plusieurs vaisseaux ont été ouverts au cours de l'opération, particulièrement vers les sinus prostatiques : on place des ligatures au catgut sur quatre d'entre eux.

Tamponnement iodoformé de la plaie.

Poids des fragments de prostate enlevés : 38 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Le soir de l'opération une petite hémorrhagie se produit dans la plaie ; le vaisseau qui donne est facilement pincé ; ligature au catgut.

Le lendemain on enlève les mèches de gaze qui tamponnent la plaie : rien ne saigne ; nouveau tamponnement moins serré : la vessie est lavée à l'eau boriquée et au nitrate d'argent à 1/1000 ; température le soir : 37°5.

Les jours suivants on continue les lavages de la vessie ; la plaie est pansée tous les matins, elle a très bon aspect.

17 juin. — Le drain étant sorti on le refoule facilement dans la vessie ; il sort aussitôt un flot d'urines très troubles et légèrement fétides.

22. — On enlève le drain, on met à l'aide du mandrin courbe une sonde à demeure n° 19 ; les urines sont toujours troubles ; il y a de la polyurie (3 litres environ) ; on continue les lavages au nitrate d'argent à 1/1000.

26. — On augmente le titre de la solution de nitrate d'argent et on fait les lavages avec la solution à 1/500.

7 juillet. — Les urines s'étant un peu éclaircies on enlève la sonde à demeure : toute l'urine passe par la verge.

10. — Les urines étant de nouveau très troubles et le malade souffrant à la fin de chaque miction, on remplace les lavages par des instillations de 30 gouttes de nitrate d'argent à 1/50.

12. — Le malade quitte le service malgré l'insistance que nous apportons pour le faire rester : ses urines sont troubles, il urine toutes les heures et souffre à la fin de la miction ; il n'a pas de résidu vésical.

Suites opératoires éloignées. — Pendant six semaines le malade est resté chez lui, urinant seul, mais fréquemment : de temps en temps il venait à

la consultation se faire laver la vessie : puis les mictions devinrent de nouveau pénibles, nécessitant des efforts ; le malade recommença alors à se sonder.

24 novembre 1902. — Le malade entre de nouveau dans le service après être resté trois mois sans venir à la consultation ; il a un résidu d'environ 50 grammes d'urines fétides, contenant des fausses membranes de couleur brun sale ; il est très amaigri, a de la fièvre, la langue sèche, de la diarrhée : à chaque base pulmonaire on trouve un foyer de congestion. On lui met une sonde à demeure et on fait des instillations de nitrate d'argent.

Le 28 du même mois le malade est emmené par sa famille ; le 3 janvier il meurt chez lui d'infection urineuse.

OBS. XII. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine ancienne avec miction par regorgement. — Infection urineuse. — Prostatectomie périnéale. — Mort.*

J... Pierre, 57 ans, entre salle Civiale le 10 novembre 1902 parce que depuis six mois il perd continuellement ses urines goutte à goutte.

Il y a trois ans, cet homme a dû commencer à se lever 2 ou 3 fois la nuit pour uriner ; le jour il devait pisser toutes les deux heures environ ; les mictions n'étaient pas douloureuses, mais le jet d'urine était sans force et toujours long à apparaître.

Depuis un an il a de l'incontinence d'urine la nuit, et depuis six mois il pisser sans s'en apercevoir aussi bien le jour que la nuit, l'urine s'écoulant d'une manière continue et goutte à goutte par le méat.

Depuis un an également il a perdu l'appétit, il ne va à la selle que très difficilement et en faisant de grands efforts.

Depuis quelques mois enfin il se plaint d'avoir perdu complètement ses forces, d'avoir toujours soif, la langue continuellement sèche.

Pas de blennorrhagie antérieure. Il y a 23 ans, à la suite d'une chute sur le périnée il a pissé un peu de sang. Il y a 3 ans, il a eu une hématurie totale qui a disparu au bout de 24 heures et n'a jamais reparu. Cette hématurie, survenue sans cause apparente, ne s'accompagnait d'aucune douleur pendant et après la miction.

A son entrée dans la salle ce malade pisser par regorgement.

Un explorateur n° 20 pénètre facilement dans la vessie et subit au retour un léger ressaut au niveau de la portion périnéo-bulbaire de l'urètre.

Par le cathétérisme on retire 450 grammes d'urines troubles.

Le testicule droit est douloureux : la tête de l'épididyme de ce côté contient un petit noyau induré.

La prostate est volumineuse et fait une très forte saillie dans le rectum ; le lobe droit présente un certain nombre de bosselures que le doigt apprécie facilement, mais l'ensemble est de consistance élastique : le lobe gauche moins développé est presque lisse et contient seulement quelques

lobules de consistance un peu plus ferme et inclus dans le parenchyme prostatique.

Les reins ne sont sentis ni à droite ni à gauche.

La température est de 37°8.

On laisse une sonde à demeure au malade et on lui lave la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent.

13 novembre. — On fait une injection de bleu au malade ; l'élimination se fait mal, d'une façon peu abondante et par intermittence, elle dure encore 48 heures après l'injection.

Malgré la sonde à demeure et les lavages de la vessie l'état général du malade ne s'améliore pas ; sa langue est toujours sèche, sa température élevée oscille entre 38° et 39°.

20. — Il fait un foyer de congestion pulmonaire. Comme il est évident que cet homme s'en va d'infection urinaire, M. Hartmann décide d'intervenir malgré le mauvais état de ses reins.

OPÉRATION. — 5 décembre 1902. — Prostatectomie périnéale. L'opération est rapidement faite, les deux lobes de la prostate sont énucléés successivement. Drain vésical et tamponnement à la gaze iodoformée.

Poids de la prostate : 74 grammes.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération le drain qui est sorti de la vessie est remis en place. Température : 39°7.

Les jours suivants la vessie est lavée matin et soir : malgré cela la température reste élevée ; le malade est agité et succombe le 11 au milieu d'accidents délirants.

OBS. XIII. — *Hypertrophie prostatique avec calculs vésicaux. — Rétention complète depuis 9 mois. — Prostatectomie périnéale et ablation des calculs. — Guérison.*

M... Gustave, 62 ans, entre le 19 janvier 1903 dans le service de M. le Dr Hartmann parce que depuis 9 mois il ne peut uriner sans le secours de la sonde et parce que depuis deux jours ses urines contiennent du sang.

Le début de ses troubles urinaires remonte à 2 ans 1/2 environ : vers le milieu de l'année 1900 cet homme remarqua que ses mictions devenaient plus fréquentes pendant le jour ; la nuit il devait se lever 2 ou 3 fois pour uriner ; cette fréquence des mictions s'accompagna vite de difficultés pour les provoquer ; le matin surtout, dit-il, il devait faire des efforts pour pisser et attendre souvent quelques minutes l'apparition des premières gouttes d'urine : toutefois il ne souffrait pas en urinant ; son jet avait beaucoup perdu de sa force.

Cette fréquence et cette difficulté des mictions allèrent en augmentant progressivement jusqu'en mai 1902, époque à laquelle il eut une rétention complète d'urine. Un médecin appelé par lui le sonda et depuis ce jour il n'a jamais pu émettre spontanément une goutte d'urine par la

verge ; il se sonde dans la journée toutes les deux heures, la nuit 2 ou 3 fois.

Vers le 15 décembre de l'année dernière, le malade remarqua pour la première fois que l'urine qui sortait par sa sonde était légèrement teintée en rouge, les dernières gouttes étant, dit-il, constituées par du sang presque pur.

Cette hématurie ne s'accompagna que de quelques picotements dans la verge au moment où les dernières gouttes d'urine s'échappaient de la sonde : la fréquence des mictions n'en fut pas modifiée et le malade continua à travailler toute la journée.

Le lendemain il vint à la consultation des voies urinaires de Lariboisière où on l'examina avec l'explorateur métallique sans constater dans sa vessie la présence d'un corps étranger.

Le surlendemain l'examen cystoscopique fut pratiqué sans résultat.

L'hématurie dura ainsi une huitaine de jours et s'arrêta spontanément.

17 janvier. — Le malade revient à la consultation parce qu'il urine de nouveau du sang.

L'examen cystoscopique montre cette fois que la vessie contient plusieurs petits calculs.

Cet homme n'a jamais eu de blennorrhagie.

En 1881 il a eu des fièvres intermittentes.

19. — A son entrée dans la salle, nous trouvons le malade en rétention complète ; l'urètre est libre à l'olive n° 21 : la prostate est volumineuse, lobulée, de consistance uniformément ferme, légèrement douloureuse à la pression ; les reins ne sont ni sensibles, ni perceptibles au ballotement ; à gauche, nous trouvons un varicocèle assez développé.

Par le cathétérisme pratiqué avec une sonde béquille n° 20 nous retirons 100 grammes d'urine légèrement teintée en rouge ; la vessie est mise en tension avec 150 grammes d'eau boriquée.

Pas de fièvre.

21. — L'hématurie étant terminée on pratique une injection de bleu de méthylène. L'élimination commence deux heures après l'injection et se fait normalement pendant 14 heures, ayant son maximum à la 6^e heure ; puis les urines redeviennent de moins en moins vertes : après ce laps de temps et pendant 2 jours le malade a encore de temps à autre des urines franchement teintées en vert. En résumé, élimination se faisant normalement au début et reprenant ensuite par saccades pour se prolonger encore pendant 48 heures.

OPÉRATION. — 30 janvier 1903. — Prostatectomie périnéale. Préparation habituelle du malade ; incision curviligne bi-ischiatique et mise à nu de la face postérieure de la prostate : la plus grande partie de la glande hypertrophiée est en avant du canal. M. Hartmann incise la portion postérieure de l'urètre membraneux ; puis après avoir amorcé le décollement de la capsule prostatique, il cherche à énucléer la prostate en s'aidant du

doigt et de l'extrémité des ciseaux courbes à bout mousse ; cette énucléation ne se fait que difficilement, la prostate est friable et ne peut être enlevée que par morceaux. Ablation des calculs.

Une sonde de Pezzer est introduite dans la vessie et son extrémité libre ramenée dans l'urètre au moyen d'une bougie. Le canal est incomplètement réuni sur la sonde au moyen de quelques points de catgut.

Tamponnement iodoformé de la plaie périnéale. Poids de la prostate : 30 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Les jours qui suivent l'opération, la température reste à la normale.

3 février. — Les mèches qui tamponnent la plaie sont enlevées ; pas d'hémorrhagie ; pansement à plat, lavage de la vessie à l'eau boriquée matin et soir.

13. — La sonde de Pezzer est enlevée et remplacée par une béquille n° 18.

20. — La sonde à demeure est enlevée définitivement.

Le lendemain on constate que la totalité des urines s'est écoulée par la verge : les urines sont encore un peu troubles ; lavage au nitrate d'argent.

22. — Les urines sont un peu plus claires, la plaie périnéale presque complètement cicatrisée.

Dans la position debout le malade a de l'incontinence, ses urines s'écoulant goutte à goutte sans qu'il s'en aperçoive.

24. — Le malade a toujours de l'incontinence lorsqu'il est debout, mais de plus il perd ses urines couché lorsqu'il tousse, se mouche ou fait un effort quelconque.

1^{er} mars. — L'incontinence diminue lorsque le malade est au lit, mais persiste toujours lorsqu'il est debout : les urines sont maintenant claires : la vessie se vide à chaque miction.

4. — Le malade ne perd plus ses urines que lorsqu'il est levé : assis ou couché la vessie est continente.

11. — Le malade quitte le service ; assis ou couché il retient très facilement son urine qu'il évacue environ toutes les 2 heures ; mais dès qu'il se lève l'urine coule goutte à goutte par sa verge, sans qu'il ressente l'envie d'uriner, ayant toutefois la sensation très nette que son urine s'échappe de sa vessie ; s'il tousse ou se baisse pour ramasser un objet l'urine s'échappe en jet par sa verge sans qu'il puisse se retenir de pisser.

Suites opératoires éloignées. — Le malade vient nous revoir le 1^{er} avril 1903. Son incontinence a disparu presque totalement. Il ne perd plus ses urines que lorsqu'il fait un effort. Il urine spontanément toutes les heures ; mais il doit satisfaire immédiatement au besoin d'uriner, car s'il cherche à attendre un moment pour aller pisser, ses urines s'écoulent goutte à goutte par sa verge. La miction se fait sans efforts et sans douleurs ; les urines sont claires ; la vessie se vide complètement à chaque miction.

La plaie périnéale est complètement cicatrisée, mais est légèrement douloureuse et gêne le malade pour s'asseoir.

5 mai 1903. — Le malade revient voir M. Hartmann ; il a une légère orchépididymite droite.

Il n'a pour ainsi dire plus d'incontinence et ne perd que quelques gouttes d'urine de temps en temps toujours en faisant un effort ; il porte encore un appareil à réservoir en caoutchouc par précaution, mais avoue qu'il pourrait fort bien s'en passer. Les urines sont toujours claires : pas de résidu vésical.

28 janvier 1904. — Le malade vient nous revoir sur notre demande. Depuis le mois de décembre dernier, il a repris ses fonctions de valet de chambre, cire le parquet sans jamais perdre d'urine involontairement en travaillant.

Il urine toujours spontanément, le jour toutes les 2 heures, la nuit toutes les 2 h. 1/2. Le jet est, dit-il, de force moyenne. La cicatrice est souple, n'est plus douloureuse ; il ne reste de son orchépididymite qu'une légère induration, non douloureuse à la pression, de l'épididyme droite.

Nous sondons très facilement le malade avec une sonde béquille n° 20 ; il s'échappe environ 100 grammes d'urines claires jusqu'aux dernières gouttes. Injectant alors par la sonde de l'eau boriquée nous mettons la vessie en tension avec 180 grammes de liquide et nous faisons pisser notre malade ; le cathétérisme pratiqué aussitôt après ramène environ 10 grammes de liquide, nous pouvons donc dire que cet homme vide complètement sa vessie.

Par le toucher rectal, nous sentons, à la place qu'occupait la prostate, une plaque indurée formée par le tissu cicatriciel.

Nous avons eu des nouvelles de notre malade le 1^{er} juin 1904.

Il va très bien, ne perd plus jamais ses urines involontairement : il pisse toutes les trois heures dans la journée, une ou deux fois la nuit et peut facilement résister à l'envie d'uriner. Les urines sont claires.

OBS. XIV. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine datant de 18 mois. — Orchépididymites antérieures. — Intermittences cardiaques. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.*

L... Justin, 73 ans, entre le 3 août 1903 dans le service de M. le Dr Hartmann parce que, atteint de rétention complète d'urine depuis 18 mois, il n'a pu se sonder la veille au soir.

Il y a 10 ans que le malade souffre en urinant : depuis 1893 il urine toutes les deux heures dans la journée, deux ou trois fois la nuit : le jet est sans force et nécessite des efforts pour apparaître. En 1898 il a eu une orchite gauche et depuis il en a eu plusieurs autres, toujours du même côté.

Depuis 3 ans les envies d'uriner sont encore plus fréquentes, elles provoquent des sensations douloureuses dans l'hypogastre et dans la verge.

Il y a 18 mois cet homme a eu une crise de rétention aiguë et depuis cette époque il n'a toujours uriné qu'avec le secours de la sonde.

Il a beaucoup maigri, a de temps en temps des poussées fébriles et ne mange presque plus. Son pouls est irrégulier, mal frappé ; les deux bases pulmonaires sont congestionnées.

Actuellement son urètre se laisse facilement franchir par la boule de l'explorateur n° 22 ; léger ressaut en pénétrant dans la vessie ; cette exploration provoque une légère hémorrhagie.

Avec une bécuille n° 20 on retire environ 500 grammes d'urines louches dont les dernières gouttes sont constituées par du pus presque pur. La prostate remonte très haut, on n'atteint qu'avec peine sa limite supérieure : elle est volumineuse, de consistance un peu molle.

L'épididyme gauche est gros, dur et douloureux.

Les reins ne sont ni douloureux, ni perceptibles.

Le malade a 40°2 de température ; on fixe la sonde et on fait un lavage à l'eau boriquée.

Les jours suivants la température baisse et ne tarde pas à être à 37°. Les lavages à l'eau boriquée sont continués ; tous les deux jours on fait un lavage au nitrate d'argent. Son état général se remonte un peu, mais il a toujours un pouls faible et irrégulier ; son appétit est toujours nul.

A plusieurs reprises pendant les mois d'août et de septembre on enlève la sonde à demeure, mais le malade reste en rétention complète et fait à chaque fois une légère élévation de température ; son pouls est très irrégulier, on sent que c'est un homme qui s'achemine lentement, mais sûrement vers la mort, aussi M. Hartmann se décide-t-il à intervenir malgré son état cachectique et malgré ses intermittences cardiaques.

OPÉRATION. — 5 septembre 1903. — Prostatectomie périnéale. Le malade est chloroformé avec prudence et mis dans la position ordinaire. Incision prérectale d'un ischion à l'autre ; le périnée est très épais, des vaisseaux sont coupés : hémostase et catguts. On arrive sur la prostate qui est développée en avant de l'urètre et latéralement sous forme de deux lobes.

La prostate est sectionnée longitudinalement sur sa ligne médiane en arrière de l'urètre membraneux.

Le canal prostatique ouvert on introduit dans la vessie le désenclaveur de Young, on ouvre ses deux branches et on cherche sans y parvenir à abaisser la prostate après avoir décollé la capsule qui la recouvre.

La glande est alors enlevée par fragments et péniblement ; écoulement sanguin en nappe périprostatique.

Drain périnéal et tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée.

Poids des fragments prostatiques enlevés : 48 gr. 80.

Suites opératoires immédiates. — Le lendemain de l'opération le malade a 36°8 de température ; sa langue est sèche, son pouls, petit, très irrégulier donne 120 pulsations à la minute ; on change les gazes superficielles et on lave la vessie à l'eau boriquée.

Le soir, température : 37°4 ; 90 pulsations.

7. — Température normale, mais langue toujours sèche ; pouls 90.

8. — Le malade a de la diarrhée et 124 pulsations, le soir la température monte à 38°.

9. — Pouls 110, irrégulier ; le drain qui était sorti de la vessie pendant la nuit est remis en place.

10. — Pouls 90, moins irrégulier ; on enlève le drain et l'on met une sonde à demeure avec le mandrin.

A partir de ce jour le malade s'améliore d'une façon rapide, son pouls bat presque régulièrement, il commence à manger, on continue à lui laver la vessie à l'eau boriquée, de temps en temps au nitrate d'argent ; la sonde est changée tous les cinq jours.

27. — On enlève la sonde à demeure et pendant toute la journée et la nuit le malade urine spontanément, mais sans pouvoir se retenir, environ tous les quarts d'heure. Toute l'urine s'écoule par la verge.

31. — On passe les béniqués 40, 41 et 42. Cette opération qui ne provoque aucune hémorrhagie ouvre probablement de nouveau l'urètre prostatique qui s'était refermé sur la sonde, car le malade perd une partie de ses urines par la plaie périnéale chaque fois qu'il pisse.

3 novembre. — On passe les béniqués 50, 51 et 52 ; légère urétrorrhagie : presque toutes les urines passent par la verge.

5. — Béniqués 52, 53, 54 : le malade urine toutes les 2 heures et pas une goutte d'urine ne passe par le périnée.

17. — Le malade quitte le service urinant spontanément toutes les 2 ou 3 heures : son jet est fort, gros, jaillit à un mètre ; ses urines sont claires : il a encore 50 grammes de résidu après chaque miction.

Suites opératoires éloignées. — Le malade vient nous revoir le 24 janvier 1904, c'est-à-dire près de 4 mois après son opération.

La plaie est complètement cicatrisée, sans fistule ; elle n'est pas douloureuse.

Depuis sa sortie de l'hôpital il est venu deux fois par semaine à la consultation se faire laver la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent et se faire passer de gros béniqués.

Actuellement il n'a pas d'incontinence ; il urine facilement, et sans douleur aucune, le jour toutes les 3 ou 4 heures, la nuit toutes les 2 heures 1/2 : nous le sondons facilement avec une bécuille n° 18 et nous retirons 80 grammes d'urines un peu louches et contenant quelques gros filaments ; la vessie est mise en tension avec 180 grammes d'eau boriquée et après avoir fait pisser le malade nous constatons en le sondant à nouveau qu'il ne garde plus qu'un résidu de 20 grammes.

Par le toucher rectal, nous constatons qu'il ne reste rien de sa prostate.

Cet homme a repris ses anciennes occupations ; il a un bon appétit, a engraisé et va bien à la selle.

Il n'a plus eu d'érections depuis son opération.

Nous avons revu ce malade le 3 juin 1904 : il va très bien ; ses urines sont claires, il n'a plus de résidu. Son jet est gros et puissant. Il urine toutes les 4 heures dans la journée, la nuit 2 ou 3 fois.

Obs. XV. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine datant de 22 ans. — Cystite. — Prostatectomie périnéale par morcellement. — Persistance de la rétention complète. — Amélioration de la cystite.*

Le nommé G... Eloi, 70 ans, en rétention complète depuis 22 ans, entre le 8 octobre 1903 dans le service des voies urinaires de Lariboisière, parce que depuis quelques mois les envies d'uriner sont devenues très fréquentes et très douloureuses.

Il y a 22 ans, cet homme a eu une crise de rétention aiguë à la suite d'un bon repas et depuis il n'a jamais pu pisser sans le secours de la sonde. Un an après il a dû subir une lithotritie pour un calcul vésical.

Depuis 3 mois il doit se sonder à chaque instant : 10, 15 fois dans la journée, 8 ou 10 fois la nuit ; il souffre beaucoup lorsque les dernières gouttes s'échappent de la sonde ; souvent ses urines contiennent du sang.

A son entrée dans la salle nous sondons facilement le malade avec une bécuille n° 17 (c'est le numéro dont il s'est toujours servi) : 50 grammes d'urines fétides, troubles et noirâtres, contenant des débris de muqueuse, s'échappent de sa sonde ; 60 grammes d'eau boricuée suffisent pour provoquer l'envie d'uriner.

La prostate est étalée, de consistance molle ; le doigt explorateur la limite difficilement, sonde à demeure.

11 octobre. — On fait une injection sous-cutanée de bleu de méthylène. Les urines contiennent encore du sang qui rend plus difficile l'appréciation de l'élimination. Néanmoins après repos de l'urine on constate que l'élimination du bleu a commencé la deuxième heure qui suit l'injection et se continue faible pendant 24 heures.

22. — On pratique l'examen cystoscopique.

Il est impossible de faire un bon examen, la vessie étant remplie de sang ; on constate cependant que la muqueuse est d'un rouge vif.

Avec l'explorateur métallique on sent sur les parois vésicales des concrétions calcaires.

OPÉRATION. — 24 octobre 1903. — Prostatectomie périnéale. Rien de particulier dans les premiers temps de l'opération. La prostate est peu volumineuse ; elle est abaissée avec le désenclaveur de Young que l'on a quelque peine à introduire.

La capsule se décollant mal et la glande ne s'énucléant pas, on procède à son ablation par morcellement. Aucune ligature n'est faite pendant l'opération.

Drain périnéal fixé par un crin aux lèvres antéro-postérieures de la plaie. Tamponnement iodoformé. Poids des fragments enlevés : 24 gr.

Suites opératoires immédiates. — Le jour même de l'opération le malade arrache son pansement et son drain, se lève à un moment où il n'est pas surveillé et va se promener dans les couloirs.

Le drain est remis en place à la contre-visite : une heure après le malade l'enlève encore. Toute la nuit il urine dans son pansement.

Le lendemain et les jours suivants on remet un nouveau drain que le malade enlève dans la journée ; la vessie est lavée chaque jour avec de petites quantités d'eau boriquée et de nitrate d'argent.

30. — On met une sonde à demeure avec le mandrin : la sonde subit le sort du drain et toute la journée et toute la nuit le malade pisse par le périnée.

Pendant 6 jours on remet une nouvelle sonde ; à partir du troisième jour le malade étant tourmenté dans la journée et dans la nuit par des envies d'uriner se sonde lui-même avec sa vieille sonde qu'il a apporté avec lui.

6 novembre. — On ne remet plus de sonde à demeure ; le malade ne peut uriner seul et se sonde 4 ou 5 fois dans la journée ; 3 ou 4 fois dans la nuit. Chaque matin on lui fait un lavage de la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent.

La malade quitte le service le 30 décembre 1903. Il ne peut uriner sans la sonde. Les urines sont troubles, l'expulsion des dernières gouttes est douloureuse.

Suites opératoires éloignées. — Nous avons revu le malade le 1^{er} juin 1904. Il est toujours en rétention complète et se sonde toutes les deux heures le jour comme la nuit. Il se trouve amélioré, regrette de ne pouvoir pisser seul et demande si une nouvelle intervention ne le guérirait pas complètement.

Les urines sont légèrement troubles, plus à la fin qu'au commencement de la miction.

La sonde béquille n° 17 pénètre sans difficulté et ramène environ 50 grammes d'urines ; légère douleur dans l'hypogastre après l'évacuation de la vessie. Capacité vésicale : 100 grammes.

Le malade porte autour de l'orifice anal un bourrelet hémorroïdaire qui saigne bien moins souvent qu'avant son opération.

Par le toucher rectal on sent la face antérieure du rectum épaisse, dure : la pression en est un peu douloureuse.

La plaie périnéale est complètement fermée.

OBS. XVI. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention complète d'urine datant de 5 ans. — Cystite. — Prostatectomie périnéale. — Le malade complètement guéri de sa cystite au moment de sa sortie ne vient pas se faire soigner. — Persistance de la fréquence des mictions.*

A... Jacques, 67 ans, entre le 8 février 1904, dans le service de M. le Dr Hartmann, parce que n'urinant depuis 5 ans qu'avec le secours de la sonde, il désire se faire opérer.

Il y a 6 ans que cet homme a des troubles de la miction : au début il commença à uriner toutes les 2 heures le jour, 2 ou 3 fois la nuit : tout d'abord il ne souffrit pas en urinant, mais au bout de 6 mois les mictions devinrent très douloureuses, nécessitant des efforts, en même temps elles devinrent beaucoup plus fréquentes, la nuit surtout : il devait

se lever 8, 10 fois pour pisser ; à chaque fois l'urine s'écoulait goutte à goutte ; souvent il devait uriner en plusieurs fois, une miction n'étant pas plutôt terminée qu'il avait une nouvelle envie d'uriner.

Ces troubles allèrent en augmentant et finalement un matin le malade ne put plus pisser du tout.

Il fut sondé par un médecin l'après-midi et le lendemain il fut reçu à l'hôpital Necker.

Là, il fut sondé régulièrement plusieurs fois par jour, matin et soir : on lui lava la vessie.

Un mois après le malade quittait le service de Necker, toujours en rétention complète et se sondant lui-même toutes les 2 ou 3 heures dans la journée, la nuit 3 ou 4 fois. Depuis cette époque le malade s'est toujours sondé ; de temps en temps il avait bien quelques douleurs dans le bas-ventre, mais n'avait pas ces épreintes vésicales intolérables qu'il avait eues auparavant pendant 6 mois.

Au mois d'août de l'an dernier n'ayant pu se sonder avec sa sonde, il introduisit dedans un fort morceau de fil de fer et chercha ainsi à la faire pénétrer dans sa vessie ; il réussit à se faire une fausse route et effrayé par la quantité de sang qui s'échappait de son urètre il vint à la consultation où on l'admit immédiatement dans le service. On lui mit une sonde à demeure avec le mandrin et 15 jours plus tard le malade quittait l'hôpital, se sondant lui-même, mais ayant des besoins d'uriner plus fréquents qu'avant sa tentative malheureuse de cathétérisme. Cette fréquence alla en augmentant, les envies d'uriner devinrent très douloureuses et le malade revint à la consultation le 8 février 1904, où on constata que sa vessie n'avait qu'une capacité de 100 grammes et contenait cependant des urines claires. -

Le jour même le malade rentre dans le service.

Il est toujours en rétention complète.

Son urètre est libre à l'olive n° 19.

La prostate est lisse, de consistance uniforme et résistante : on atteint facilement sa limite supérieure. Uniformément développée, elle semble très grosse surtout lorsqu'on la mobilise par le palper bi-manuel. Les reins ne sont pas sentis.

Le malade a une hernie inguinale gauche.

Sonde à demeure et lavages de la vessie à l'eau boriquée.

1^{er} mars. — Injection de bleu de méthylène ; l'élimination commence, faible, une heure après ; à la 2^e heure elle devient très intense, s'arrête un peu à la 7^e heure pour reprendre ensuite. A la 17^e heure arrêt complet de l'élimination qui continue ensuite pendant deux jours en subissant encore plusieurs arrêts.

OPÉRATION. — 11 mars 1904. — Prostatectomie périnéale.

Incision pré-rectale habituelle. La prostate est abaissée avec le désenclaveur de Young : le lobe gauche est enlevé en plusieurs morceaux, le lobe droit en bloc. Drain périnéal et tamponnement à la gaze iodoformée.

Poids des deux lobes : 70 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Les jours qui suivent l'opération, le malade a un peu de sub-délire. Il enlève plusieurs fois son drain qui doit être remis en place.

18. — On met une sonde à demeure avec le mandrin : dans la journée le malade arrache son pansement et sa sonde ; le soir, la température qui était restée à 37° monte à 40°. La sonde est remise en place le soir ; le lendemain matin, température : 37°. Dans la matinée on doit remettre en place la sonde que le malade a encore arrachée. Le testicule gauche est gros et douloureux, la température remonte à 38.

21. — Orchite droite, on supprime la sonde, le malade l'enlevant à chaque instant. A partir de ce jour le malade pisse par le périnée jusqu'au 7 avril. Son orchite double diminue graduellement et est complètement terminée le 27 mars.

7 avril. — Le malade commence à uriner un peu par la verge.

40. — La plus grande partie des urines s'écoulent par son canal ; il a un peu d'incontinence lorsqu'il est debout. On commence à passer des béniqués (n^{os} 41, 42, 43).

46. — Orchite nouvelle à droite avec vaginalite.

25. — Le malade quitte le service ; son orchite est presque complètement guérie ; sa plaie est cicatrisée, il n'a pas de fistule.

Il urine spontanément toutes les heures, le jour comme la nuit, n'a pas de résidu ; ses urines sont encore un peu louches.

Le malade vient nous revoir le 2 juin ; il n'est pas venu une fois à la consultation se faire laver la vessie comme nous le lui avions conseillé. Depuis 3 semaines il urine tous les quarts d'heure dans le jour et ne peut résister à l'envie d'uriner, aussi perd-il un peu d'urine malgré lui. La nuit il résiste mieux et ne pisse que toutes les heures. La fin de la miction est douloureuse. On le sonde facilement avec un n^o 21 ; ses urines sont un peu troubles ; il n'a pas de résidu ; 500 grammes d'eau boriquée suffisent pour mettre sa vessie en tension.

Par le toucher rectal on sent une légère induration de toute la face antérieure du rectum à la place qu'occupait autrefois la prostate.

Cet homme a bon appétit : il va bien à la selle.

Les 7 malades dont nous venons de rapporter l'histoire étaient tous de vieux rétentionnistes. Parmi eux 3 sont morts peu de temps après l'opération, les 4 autres sont encore vivants ; nous nous occuperons d'abord des premiers.

Ces 3 prostatiques étaient en rétention complète depuis un temps relativement court, il est vrai (3 mois 1/2, 6 mois, 7 mois), mais cette rétention complète n'était que le stade terminal d'une affection dont ils souffraient depuis longtemps : le premier avait de l'incontinence nocturne depuis 8 ans, des

accès fréquents de fièvre urineuse : le second avait une rétention incomplète et une vessie infectée depuis 3 ans ; le dernier avait de l'incontinence nocturne depuis un an, et pissait par regorgement depuis 6 mois : tous 3 étaient dans un état de cachexie très avancée : c'étaient de grands urinaires chez qui la prostatectomie n'a été que le complément d'une taille périnéale pratiquée dans le but de drainer la vessie rapidement et d'éviter, dans la mesure du possible, la résorption des produits toxiques que contenait leur vessie distendue. Malheureusement les lésions anatomiques créées par le contact prolongé et sous pression d'urines septiques étaient trop complètes, l'infection générale était trop ancienne, ces 3 malades ont succombé plus ou moins rapidement, après nous avoir laissé espérer que l'intervention était pratiquée encore assez tôt malgré le mauvais fonctionnement de leurs reins.

Chez le premier en effet (obs X), les suites opératoires semblaient devoir être bonnes, malgré une orchite survenue le 30^e jour, et une incontinence d'urine qui, je crois, aurait disparu tôt ou tard, quand un mois et demi après son opération, ce malade fut pris d'accidents cardio-pulmonaires qui l'enlevèrent en quelques jours. Cet homme était un vieux bronchitique qui se levait à chaque instant et se promenait nu dans la salle malgré la surveillance dont il était l'objet : a-t-il subi, sous l'influence des refroidissements brusques auxquels il s'exposait, une poussée aiguë du côté de ses poumons avec défaillance cardiaque ? ou bien a-t-il été enlevé dans une crise d'asystolie comme le cas se présente souvent chez les vieillards atteints de dégénérescence scléreuse de l'aorte et du myocarde ? nous ne saurions le dire ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que le choc opératoire n'a été pour rien dans cette issue malheureuse ; qu'au contraire, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles il s'était mis en enlevant son drain et sa sonde à chaque instant, ce malade aurait pu vivre, probablement pisser seul. On ne peut donc re-

gretter d'avoir tenté chez lui une intervention dont les suites s'annonçaient comme devant être bonnes, si des accidents cardiaques survenus un mois et demi après cette intervention ne l'avaient emporté.

Nous ne pouvons en dire autant de nos deux autres malades (obs. XI et XII) qui présentaient des lésions très avancées de tout l'appareil urinaire : leurs reins ne fonctionnaient que très mal ; ils étaient gros et douloureux chez le premier (obs. XI) : malgré le drainage cysto-périnéal, ils sont morts tous deux d'infection urineuse, le premier 6 mois, le deuxième 6 jours après l'intervention.

Nous reviendrons sur eux quand nous parlerons des contre-indications de la prostatectomie.

Nos 4 derniers opérés (obs. XIII, XIV, XV et XVI) étaient des prostatiques en rétention complète depuis longtemps (9 mois, 20 mois, 5 ans, 22 ans).

Sauf le dernier dont une crise de rétention aiguë a marqué il y a 22 ans le début des troubles urinaires, tous s'étaient acheminés lentement, avec des accidents variés, vers la rétention incomplète ; un (obs. XIV) avait eu une orchite et des accès fréquents de fièvre urineuse ; un autre (obs. XIII) des symptômes de cystite calculeuse ; deux avaient de la cystite sans calcul ; chez le malade de l'observation XV les urines, très troubles et très fétides, contenaient des débris de muqueuse vésicale ; le dernier (obs. XVI) avait une fausse route. Tous avaient un état général mauvais : le malade de l'observation XIV avait un pouls faible, irrégulier ; sa langue était sèche, il avait de la diarrhée. L'élimination du bleu, normale chez le premier de ces 4 malades, était faible chez les 2 derniers. Un seul (obs. XIV) avait de la température au moment de son entrée ; elle descendit rapidement à la normale avec la sonde à demeure.

L'urine de ces malades était très trouble, sauf celle du n° XVI qui, malgré une rétention complète de 5 ans et des sondages journaliers, avait gardé intacte la clarté de ses urines.

Leur vessie était peu distendue, ils avaient de la cystite et devaient se sonder à chaque instant, exception faite du malade de l'observation XIV dont la vessie contenait 500 grammes d'urine au moment de son entrée dans le service.

Tous ces malades ont subi la même opération : la prostatectomie périnéale ; le premier il y a 16 mois, les autres il y a 8, 7 et 4 mois. La prostate n'a pu être énucléée qu'une seule fois (obs. XIV), elle pesait 70 grammes : on a dû la morceler dans les trois autres cas. Ce morcellement a été complet chez les malades des observations XIII et XIV ; chez ces deux malades le résultat opératoire a été parfait : le morcellement a été incomplet chez le malade de l'observation XV, cet homme est toujours resté en rétention complète depuis son opération.

Le drainage cysto-périnéal a été appliqué systématiquement, sauf chez le malade de l'observation XIII, à qui on a mis immédiatement une sonde de Pezzer avec suture incomplète de l'urètre prostatique. Le drain a été retiré le 6^e jour en moyenne, la sonde à demeure a été ensuite laissée 17 et 21 jours.

Grâce à ces moyens le caractère des urines a rapidement changé : toutefois leur éclaircissement complet a été long à obtenir et notre malade de l'observation XV avait encore des urines troubles au moment de sa sortie ; il arrachait d'ailleurs son drain et sa sonde aussitôt qu'ils étaient en place et cherchait à se sonder lui-même avec sa vieille sonde d'abord, ensuite avec une sonde du service qu'il avait soin de placer sous son oreiller.

La sonde enlevée, nos malades ont pu facilement uriner par la verge, sauf celui dont la prostate a été incomplètement enlevée et qui est resté en rétention complète.

Le passage du premier béniqué a ouvert sans doute l'urètre prostatique chez notre malade de l'observation XIV : pendant 9 jours cet homme a pissé par le périnée ; la plaie s'est ensuite fermée ; aucun de ces malades n'a gardé de fistule.

Pendant la période post-opératoire nous n'avons observé qu'une fois l'orchite comme complication, et même était-ce chez ce malade peu docile qui arrachait sa sonde à chaque instant.

Un seul de ces malades a eu de l'incontinence après l'ablation de la sonde à demeure : elle a rapidement diminué ; toutefois, pendant longtemps cet homme a dû porter un appareil pour recueillir l'urine qui s'écoulait involontairement par sa verge lorsqu'il faisait un effort quelconque.

Le séjour que ces 4 malades ont fait dans le service est relativement court : 1 mois à 1 mois 1/2. Nous avons dit pourquoi un de ceux-ci avait quitté nos salles en rétention complète. Les 3 autres au moment de leur sortie urinaient spontanément, avaient des urines claires et vidaient bien leur vessie.

Ces 4 opérés ont été vus dernièrement.

Deux d'entre eux sont en parfaite santé et ont repris leurs anciennes occupations (obs. XIII et XIV), leurs mictions sont normales, un peu plus fréquentes la nuit, leurs urines claires, ils n'ont pas de résidu vésical. L'incontinence qu'avait le premier de ces malades, a disparu graduellement et complètement.

Le troisième est toujours en rétention complète, mais il n'a besoin de se sonder que toutes les deux heures. Les urines ne sont que légèrement troubles.

Le dernier a de la cystite ; il a négligé de venir à la consultation se faire laver la vessie comme nous le lui avons conseillé.

En résumé, sur 7 malades opérés pour une rétention chronique d'urine, nous comptons seulement deux guérisons complètes, et une incomplète. Nous croyons que cette dernière va rapidement se compléter si le malade veut bien s'astreindre à subir pendant quelque temps un traitement local.

Quoi qu'il en soit, le but poursuivi a été atteint : permettre à la vessie de se vider complètement et spontanément.

Si l'on considère l'état dans lequel se trouvaient ces trois malades avant leur opération et les résultats qu'a donnés chez eux la prostatectomie, on peut qualifier ces derniers de merveilleux, et si la statistique brutale des résultats opératoires que donne l'ensemble de ces 7 cas de rétention complète peut faire crier victoire aux adversaires de la prostatectomie, nous pouvons leur demander si vraiment ils eussent attendu mieux de la sonde à demeure ou de la simple taille hypogastrique, aussi bien chez nos 3 premiers malades morts peu de temps après leur opération que chez notre vieux prostatique atteint depuis 22 ans de rétention complète.

TROISIÈME GROUPE

Malades atteints de rétention incomplète.

OBS. XVII. — *Rétention incomplète d'urine. — Corps étranger de l'urètre (sonde Nélaton). — Infection urineuse. — Prostatectomie hypogastrique. — Mort.*

D... Jules, 84 ans, entre salle Civiale le 8 novembre au soir, parce qu'en voulant se sonder avec une sonde Nélaton qu'il a depuis huit ans, cette sonde s'est brisée dans son urètre lorsqu'il a voulu la retirer et que la moitié environ y séjourne encore.

Ses troubles urinaires semblent avoir débuté il y a 8 ans : il éprouvait alors, dit-il, quelques difficultés pour uriner : les premières gouttes d'urine étaient longues à venir, il devait pousser souvent pendant toute la durée de la miction. A la consultation du bureau de bienfaisance on lui donna une sonde Nélaton en lui conseillant de s'en servir une fois par jour pour vider complètement sa vessie. Le malade fit ce qui lui était prescrit pendant quelques jours, puis laissa complètement sa sonde de côté.

Depuis un an ses mictions sont devenues beaucoup plus fréquentes : il doit uriner toutes les demi-heures, aussi bien le jour que la nuit, tous les quarts d'heure même dans la matinée ; ses urines qui étaient toujours restées limpides sont rouges et troubles depuis 4 mois et c'est, pensant se soulager, que le malade a eu recours à la sonde qu'on lui avait donnée 8 ans auparavant, sonde dont la moitié vésicale est restée dans l'urètre lorsqu'il a voulu la retirer.

Dès son entrée à l'hôpital l'interne de garde retire un fragment de sonde d'environ 10 centimètres, la partie terminale reste encore dans l'urètre.

9 novembre. — A la visite du matin on constate que le malade n'a pas uriné depuis la veille.

Un explorateur à boule olivaire pénètre dans l'urètre jusqu'à la portion bulbaire et est arrêté à ce niveau ; une légère pression lui fait franchir l'obstacle, il pénètre dans la vessie. A l'aller comme au retour, on a au niveau de la région périnéo-bulbaire une sensation de frottement râpeux. Avec la pince de Colin on retire un bout de sonde d'environ 4 ou 5 centimètres, mais l'on n'amène pas l'extrémité vésicale que l'on suppose être restée dans la vessie.

On vide alors la vessie qui contient une quantité considérable d'urines purulentes, teintées de sang ; puis avec le lithotriteur on essaie sans y

réussir à extraire de la vessie le petit fragment de sonde qu'on croit y être resté.

Sonde à demeure. Dans la journée hématurie assez abondante.

Prostate grosse ; reins nettement sentis, surtout du côté droit.

12. — Cystoscopie négative à cause de l'hématurie.

OPÉRATION. — 22 novembre 1901. — Prostatectomie hypogastrique par M. Hartmann.

Incision hypogastrique. La vessie ne contient pas de corps étranger, elle est surtout rouge, vasculaire. La prostate fait une saillie en cul de poule dans la vessie : la muqueuse qui la recouvre est d'un rouge plus foncé que celle du reste de la vessie. En arrière de la prostate, bas-fond d'une profondeur de trois bons travers de doigt.

Incision de la muqueuse vésicale sur la demi-circonférence postérieure du col : avec l'extrémité des ciseaux mousses, puis avec l'ongle décollement de la prostate de sa loge : ce décollement se fait avec la plus grande facilité, mais la prostate friable se déchire et n'est enlevée que par morceaux ; par moment il vient des petits fibromes du volume d'un pois ou d'une petite bille : on enlève ainsi toute la prostate, sauf sa partie antérieure.

A ce moment le bas-fond vésical se continue directement avec l'urètre : on passe alors une sonde béquille par le méat.

Le malade est mis ensuite dans la position de la taille périnéale, on lui fait une périnéotomie, et on incise l'urèthre.

Par la plaie périnéale on ramène le pavillon de la sonde, puis par l'hypogastre on fixe un drain à l'extrémité vésicale de la béquille et l'attirant de haut en bas on le fait ressortir par l'incision périnéale ; une épingle de nourrice est placée à l'extrémité abdominale du drain.

Suture de la vessie au catgut à 2 plans, sauf au niveau du drain ; suture des muscles abdominaux au catgut ; crins cutanés.

Grand lavage de la vessie à l'eau boriquée chaude.

Poids des fragments enlevés : 29 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Le soir de l'opération la température tombe d'un degré (38 au lieu de 39 le matin).

Le lendemain matin le malade a un frisson et monte de nouveau à 39° ; on lui fait un lavage de la vessie à l'eau boriquée tiède et on change le pansement.

24-25. — La température reste à 37.

Les jours suivants le malade fait de nouveau de légères ascensions de température, il délire un peu et est légèrement agité.

28. — On change son drain vésical.

A partir du 30 son état général devient plus mauvais : la langue est sèche : le malade est très agité et délire continuellement. La température se maintient aux environs de 38°.

8 décembre. — On remplace le drain par une sonde : on continue les lavages de la vessie deux fois par jour.

12. — Le malade meurt.

Obs. XVIII. — *Hypertrophie de la prostate. — Rétention incomplète d'urine. — Infection urinaire. — Cystostomie sus-pubienne et excision d'un fragment prostatique. — Rétention incomplète persistante. — Malade très amélioré.*

B... Augustin, 69 ans, entre le 30 octobre 1901 dans le service des voies urinaires de Lariboisière pour des mictions fréquentes et douloureuses.

Ce malade n'a jamais eu de blennorrhagie ; depuis un an environ il urine le jour toutes les 2 heures et chaque miction s'accompagne de douleurs assez violentes dans la verge.

Depuis 6 mois ces troubles ont augmenté d'intensité ; les envies d'uriner surviennent toutes les heures dans la journée et la nuit il doit se lever 3 ou 4 fois pour pisser : les sensations douloureuses qui accompagnaient chaque miction sont devenues plus pénibles, surtout à la fin, et plusieurs fois les dernières gouttes d'urine qui s'échappent de son urètre étaient fortement teintées en rouge.

3 avril 1902. — Le malade vient à la consultation du service ; on constata alors que sa vessie ne se vidait pas et gardait un résidu de 100 grammes ; on lui fit des lavages au nitrate d'argent ; celles-ci étant douloureuses et ayant augmenté les hématuries terminales qu'avait déjà le malade furent successivement remplacées par des lavages au protargol, puis par des instillations au nitrate d'argent à 1 0 0 sans résultat plus appréciable d'ailleurs.

30 octobre 1902. — Le malade rentre dans le service ; on constate à son arrivée que son urètre est libre à l'olive de l'explorateur n° 21, que sa verge contient un résidu constitué par 100 grammes environ d'urines troubles ; que sa prostate est légèrement hypertrophiée, sans faire toutefois une saillie dans le rectum. On lave la vessie du malade deux fois par jour à l'eau boricuée.

11 novembre. — La température qui oscillait les jours précédents entre 37°5 et 38° étant montée à 39° on lui met une sonde à demeure.

A partir de ce jour et malgré la sonde à demeure qui fonctionne bien le malade continue à faire de la fièvre, son état général est mauvais et M. Hartmann décide d'intervenir.

OPÉRATION. — 5 décembre 1901 : *Cystostomie sus-pubienne.* — Malade placé dans la position élevée du bassin. Incision hypogastrique : la paroi vésicale est partout épaisse et rouge. La prostate fait dans la vessie une saillie en cul de poule ; elle est recouverte par la muqueuse épaisse d'un demi-centimètre, rouge et saignant facilement. Un fragment prostatique est excisé au bistouri, puis avec le thermo-cautère on incise la paroi vésicale de la prostate, élargissant ainsi l'ouverture du canal prostatique. Deux tubes Perrier-Guyon sont laissés à demeure.

Suites opératoires immédiates. — Le soir même de l'opération la température tombe à 37°2 ; elle se maintient au-dessous de 38 les jours suivants.

20. — Les drains-syphons sont sortis, nettoyés et remis en place : chaque jour la vessie est lavée à l'eau boriquée tiède.

26. — Les drains sont enlevés et une sonde à demeure mise en place.

10 janvier. — La fistule hypogastrique semblant complètement fermée on enlève la sonde.

11. — On constate que le malade a uriné seul, toutes ses urines ayant passé par la verge : toutefois sa vessie ne se vide pas complètement et le cathétérisme pratiqué aussitôt après la miction permet de constater que la vessie du malade contient encore 60 grammes d'urines un peu louches.

27. — Le malade quitte le service urinant seul toutes les heures et demie, sans douleur, mais ayant encore 60 grammes de résidu.

Suites opératoires éloignées. — Cet homme est mort au mois de décembre 1903 d'une hémorrhagie cérébrale. Ses enfants que nous avons vus nous ont dit que leur père ne s'était jamais plaint de sa vessie depuis son opération, qu'il urinait toutes les deux heures environ, et qu'il n'avait jamais été obligé de se sonder.

Obs. XIX. — *Rétention incomplète d'urine avec distension énorme de la vessie. — Taille hypogastrique et excision d'un fragment prostatique. — Drainage cysto-périnéal. — Guérison temporaire.*

C... Baptiste, 71 ans, entre le 11 octobre 1901 dans le service de M. le Dr Hartmann pour des mictions fréquentes et douloureuses.

Il y a déjà 7 ou 8 ans que ce malade éprouve des difficultés pour uriner : la nuit il devait se lever une ou deux fois, le jour il devait pisser toutes les 3 ou 4 heures ; chaque miction s'accompagnait d'une sensation de chatouillement dans le canal.

Ces troubles de la miction allèrent graduellement en s'accroissant, les envies d'uriner devenant de plus en plus fréquentes et de plus en plus douloureuses. Depuis 7 ou 8 mois cet état s'est encore, dit-il, accru, il urine beaucoup plus fréquemment et chaque miction est devenue particulièrement douloureuse.

11 octobre 1901. — Il vient à la consultation du service où l'on trouve sa vessie très distendue. Il est sondé avec une bécuille n° 12 et on évacue ainsi 3 litres 1/2 d'urines limpides jusqu'aux dernières gouttes.

Examiné le lendemain à la visite dans la salle on trouve son urètre libre au n° 20, une prostate énorme faisant saillie dans le rectum : une sonde bécuille n° 18 introduite facilement évacue 1.500 grammes d'urines limpides. La température qui était à 37°7 la veille au soir est tombée à 36°9.

Les jours suivants le malade à qui on a donné une sonde, vide lui-même sa vessie plusieurs fois par jour ; chaque matin on lui fait un lavage à l'eau boriquée.

27. — On constate que ses urines toujours claires jusqu'à ce jour commencent à loucher. Sa température qui était descendue à 37° remonte à 38, 38.8 le soir ; on lui fait alors des lavages de la vessie avec la solution de nitrate d'argent à 1/1000.

Malgré ce traitement ses urines restent troubles, sa température élevée : de temps en temps il fait un accès franc de fièvre urineuse. Aussi M. Hartmann décide-t-il de lui ouvrir la vessie.

OPÉRATION. — 6 décembre 1901. — *Taille hypogastrique*. Excision d'un fragment prostatique sur la ligne médiane postérieure. Boutonnière périméale. Drain abdomino-périnéal.

Suites opératoires immédiates. — Le soir même de l'opération la température tombe à 37°2. On lave la vessie par le drain abdomino-périnéal.

Les jours suivants même amélioration dans l'état général ; les urines sont plus claires.

18. — Le drain est enlevé et remplacé par une sonde à demeure mise en place par l'urètre.

3 janvier 1902. — La fistule hypogastrique semblant fermée, les urines étant claires, la température à 37, on retire la sonde à demeure.

Le lendemain on constate que la presque totalité des urines s'est écoulée par la plaie périnéale.

Le soir la température remonte à 38°3.

4. — On met de nouveau une sonde à demeure et on lave la vessie à l'eau boriquée.

A partir de ce jour la température tombe de nouveau à la normale.

Le malade garde ainsi sa sonde à demeure jusqu'au 21 février 1902, c'est-à-dire, pendant un mois et demi. A cette date nouvelle ablation de la sonde ; toute l'urine s'écoule par la verge.

Le malade vide presque complètement sa vessie, le cathétérisme pratiqué aussitôt après la miction ne ramenant qu'un résidu de 25 grammes d'urines claires.

1^{er} mars. — Nouvelle ascension de température (39°), on remet de nouveau une sonde à demeure qui reste en place jusqu'au 20 du même mois. A partir de cette date, le malade n'a plus de fièvre, il urine seul toutes les deux heures, aussi bien le jour que la nuit, sa vessie se vide à chaque miction, son état général est excellent ; le 8 avril 1902 il quitte le service.

Suites opératoires éloignées. — Sur notre demande le malade vient nous revoir le 27 janvier 1904, c'est-à-dire un peu plus de deux ans après son opération.

Il nous raconte que pendant 18 mois il n'a souffert d'aucun trouble de la miction ; il pissait seul, sans douleur toutes les 2 ou 3 heures, aussi bien le jour que la nuit.

Au milieu du mois de novembre 1903 il a eu une rétention complète d'urine, survenue sans cause apparente et qui dura 24 heures ; l'interne de garde qui le sonda retira, dit-il, de sa vessie environ deux litres d'urines troubles.

A partir de ce jour il commença de nouveau à souffrir en urinant, les mictions devinrent plus fréquentes, il vint à la consultation du service

régulièrement 4 fois par semaine où on lui fit des lavages au nitrate.

Malgré cela le malade est loin d'avoir recouvré son état antérieur ; il urine sans sonde il est vrai, mais les envies d'uriner se répétant toutes les heures, quelquefois tous les quarts d'heure, le jet est sans force et nécessite pour débiter des efforts douloureux de la part du malade ; les dernières gouttes d'urine s'échappent lentement du méat et s'accompagnent de sensations très douloureuses dans le bas-ventre, le périnée et la verge.

De plus, le malade se plaint de voir ses forces diminuer ; son appétit a disparu, il est constipé ; sa langue est saburrale.

Les cicatrices qu'ont laissées les incisions hypogastrique et périnéale sont complètement fermées et souples.

Par le toucher rectal nous constatons sur la face antérieure du rectum une forte saillie que le palper bi-manuel rend encore plus facilement appréciable ; elle est formée par les deux lobes prostatiques que le doigt explorateur contourne facilement.

Noyau induré à la queue de l'épididyme gauche.

L'urètre du malade se laisse facilement franchir avec l'explorateur n° 20 : toutefois nous devons incliner légèrement à droite, puis à gauche le bec de la sonde au niveau de la traversée prostatique pour pénétrer dans la vessie. Il s'écoule alors une petite quantité d'urines d'aspect laiteux.

La vessie est mise en tension avec 150 grammes d'eau boriquée ; et le cathétérisme pratiqué aussitôt après que le malade a pissé retire 50 grammes de liquide.

Obs. XX. — *Rétention incomplète d'urine. — Fièvre. — Prostatectomie périnéale incomplète par morcellement. — Rétention d'urine persistante.*

Le nommé C..., 50 ans, entre le 29 mars 1902 salle Civiale, pour de la fréquence et des douleurs de la miction.

Les troubles urinaires datent, dit-il, de 3 mois : depuis le commencement de janvier il urine toutes les deux heures dans la journée, la nuit 3 ou 4 fois : chaque miction depuis cette époque est pénible, le jet est long à venir et les efforts qu'il fait pour commencer à pisser lui provoquent des picotements pénibles dans le périnée et la verge ; une fois commencée la miction s'accomplit et se termine sans douleur.

Depuis 8 jours ces troubles ont considérablement augmenté : il ne peut plus uriner que goutte à goutte et en faisant des efforts qui amènent en même temps que l'urine l'évacuation de matières et de gaz par l'anus.

La nuit son urine s'écoule continuellement et goutte à goutte par la verge.

Examiné aussitôt son entrée dans le service, nous trouvons la prostate de cet homme, dure mais pas très volumineuse.

L'urètre ne présente rien d'appréciable à la palpation.

Un explorateur n° 21 arrive sans rencontrer d'obstacle jusqu'à la région membraneuse : une pression modérée vainc facilement la légère résistance rencontrée en ce point. L'explorateur est de nouveau arrêté dans la région prostatique ; la boule olivaire est facilement perçue par le toucher rectal : une pression douce et continue permet à l'explorateur de pénétrer dans la vessie en faisant un ressaut.

Une sonde béquille n° 17, introduite facilement dans la vessie, évacue un litre d'urines troubles dont les dernières gouttes sont purulentes. On lave la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent et on laisse la sonde à demeure.

Pendant un mois le malade reste en observation dans le service ; deux fois par jour on lave sa vessie à l'eau boriquée, tous les deux jours au nitrate.

Malgré cela le malade fait presque tous les jours des poussées de température : 38, 38,5, 39 ; une fois 40°.

Devant la persistance de cet état fébrile M. Hartmann se décide à intervenir.

OPÉRATION. — 30 avril 1902. — Prostatectomie périnéale.

Le malade est mis dans la position de la taille périnéale, un coussin de sable relevant le sacrum.

La sonde à demeure est laissée dans l'urètre.

Incision curviligne pré-rectale d'un ischion à l'autre : découverte du bulbe, section du muscle recto-urétral, mise à nu rapide de la face postérieure de la prostate.

L'urètre est incisé, la sonde servant à la repérer, en arrière de la portion membraneuse et M. Hartmann amorce au bistouri le décollement de la capsule prostatique du lobe droit ; ce lobe vient difficilement, par morcellement : le lobe gauche est ensuite attaqué, mais ce n'est qu'avec peine que quelques fragments sont enlevés.

Drainage cysto-périnéal, tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires immédiates. — Le soir même de l'opération la température est tombée à 37°5 ; le drain fonctionne bien ; la vessie est lavée à l'eau boriquée.

Le lendemain on enlève les mèches profondes ; la plaie qui suinte encore un peu est tamponnée de nouveau à la gaze iodoformée, mais le tamponnement est fait moins serré. Le drain, légèrement sorti est repoussé dans la vessie le soir à la contre-visite. Température le soir 37°2, qui reste ainsi stationnaire pendant 8 jours.

9 mai. — Le drain est enlevé et une sonde béquille est mise à demeure en l'introduisant par la plaie dans la vessie, puis au moyen d'une bougie son pavillon est attiré dans l'urèthre jusqu'à ce qu'il apparaisse au méat. La sonde est mise au goutte à goutte et fixée à demeure. Le soir la température monte à 37°8.

A partir de ce jour la température reste à 37°, la vessie est lavée tous les jours à l'eau boriquée.

La plaie se cicatrise graduellement presque sans suppuration.

28. — La sonde à demeure est enlevée définitivement et on passe facilement les béniqués 37 et 38.

Le soir même on doit sonder le malade, car il n'a pas uriné depuis qu'on lui a retiré sa sonde.

Les jours suivants on continue à passer des béniqués de plus en plus gros toutes les 48 heures, mais le malade est toujours en rétention complète.

11 juillet. — Le malade quitte le service, se sondant facilement avec une sonde molle, mais ne pouvant toujours pas uriner spontanément. Les urines sont claires.

Suites opératoires éloignées. — Sur notre demande, le malade vient nous revoir le 25 janvier 1904, c'est-à-dire près de deux ans après avoir subi la prostatectomie périnéale.

Depuis sa sortie de l'hôpital le malade nous dit n'avoir jamais uriné spontanément : il se sonde facilement 3 fois dans la journée, une fois la nuit, quelquefois même il dort sans se réveiller du soir au matin et ne se sonde pas.

Il n'a jamais souffert, sauf de deux orchites survenues l'une en septembre 1902, l'autre au mois de décembre de la même année. Son appétit est excellent, il dort très bien.

Sa cicatrice périnéale qui est restée, dit-il, douloureuse pendant deux mois, est aujourd'hui, souple, non exubérante ; parfaitement indolore.

Par le toucher rectal nous ne sentons rien du lobe droit de la prostate qui a été enlevé complètement, mais le lobe gauche fait une saillie très marquée dans le rectum.

Nous introduisons facilement une sonde béquille n° 21 jusque dans la vessie, et nous recueillons environ 100 grammes d'urines complètement claires. Injectant ensuite de l'eau boriquée nous provoquons l'envie d'uriner avec 350 grammes de liquide.

Cet homme affirme avoir encore des érections, se livrer au coït, mais ne plus avoir eu jamais d'éjaculations depuis son opération.

Nous avons revu ce malade le 2 mai de cette année : depuis 3 jours il tentait, sans y réussir, d'introduire sa sonde molle dans sa vessie : il avait uriné seul toutes les 3 heures en faisant de très grands efforts : nous l'avons sondé facilement avec une béquille n° 21 et avons retiré 900 grammes d'urines à peine louches.

Obs. XXI. — *Hypertrophie prostatique.* — *Rétention incomplète d'urine constatée il y a 4 ans.* — *Plusieurs crises de rétention aiguë.* — *Prostatectomie périnéale.* — *Guérison.*

Le nommé B... Alfred, 64 ans, entre le 8 mai 1902, dans le service Civiale pour une rétention complète d'urine. Cette crise aiguë de rétention date de 24 heures, elle est survenue à la suite d'un excès de table.

Il y a 10 ans que le malade éprouve des difficultés pour uriner : au

début il n'urinait fréquemment que la nuit, plus tard les envies d'uriner se multiplièrent dans le jour également.

Il y a 4 ans il a eu sa première crise de rétention complète : il alla à Necker, dans le service de M. Guyon, où on évacua sa vessie et où pendant 15 jours il fut mis à la sonde à demeure. La sonde enlevée le malade put uriner seul, mais pendant les 15 jours qu'il resta encore à l'hôpital le cathétérisme pratiqué aussitôt après la miction ramenait, dit-il, environ deux verres d'urines troubles.

Sorti de Necker, le malade se fit laver la vessie pendant 15 jours au nitrate d'argent et se sonda lui-même chaque soir pour évacuer complètement sa vessie. Se sentant mieux il ne fit plus aucun traitement.

Huit mois après il commença à souffrir en urinant, à avoir de nouveau des mictions fréquentes : une nouvelle crise de rétention aiguë le ramena à Necker.

Deux autres fois encore il fut dans l'impossibilité d'uriner spontanément et dut entrer à l'hôpital. Il en sortit chaque fois amélioré, mais gardant toujours un résidu vésical et des urines troubles.

Aujourd'hui c'est encore une crise de rétention aiguë qui l'amène dans le service de M. le Dr Hartmann : depuis 24 heures il pisse par regorgement : sa vessie forme un globe dur qui remonte jusqu'à l'ombilic.

L'urètre est libre à l'olive n° 20. Avec une sonde béquille de même grosseur nous évacuons lentement la vessie, remplaçant de temps en temps par de l'eau boriquée une partie de l'urine qui s'est écoulée. Pas d'hématurie. Déduction faite de l'eau boriquée injectée la vessie contenait 1500 grammes d'urines troubles.

La prostate est grosse et dure. Les reins ne sont pas sentis.

Sonde à demeure.

Le lendemain, la température qui était à 38° lorsque le malade entra dans la salle est descendue à 37°2 ; mais les jours suivants, malgré la sonde à demeure et les lavages à l'eau boriquée matin et soir elle remonte et se maintient aux environs de 38°.

12 mai. — On fait une injection de bleu de méthylène. L'élimination commence 3 heures seulement après l'injection ; elle est très faible, subit quelques arrêts et se termine à la 24^e heure ayant eu son maximum d'intensité à la 5^e heure qui suivit l'injection.

OPÉRATION. — 14 mai 1902. — Prostatectomie périnéale.

Incision convexe en avant d'un ischion à l'autre. Le bulbo-caverneux est libéré et attiré en avant avec une petite pince de Museux. Puis avec le doigt on décolle les fosses ischio-rectales : le rectum est ensuite séparé avec les ciseaux courbes mousses de ses adhérences antérieures. La face postérieure de la prostate est mise à nu. On procède alors au décollement du lobe droit : il semble qu'une deuxième capsule recouvre la tumeur : M. Hartmann l'incise, puis avec le doigt, décollant la capsule très épaisse, arrive sur la glande qu'il saisit avec des pinces à traction et l'enlève d'un seul bloc. Même manœuvre à gauche : en ce faisant on ouvre la paroi

latérale de l'urètre. L'ouverture est agrandie ; un gros drain est mis dans la vessie ; gaze iodoformée dans la plaie. Une seule ligature sur un petit vaisseau donnant à gauche.

Poids total des deux lobes : 47 grammes.

Au cours de cette opération il y a eu quelques hésitations par suite de l'ignorance où l'on était de la situation de l'urètre, la sonde qui s'y trouvait étant sortie à plusieurs reprises pendant l'opération.

Suites opératoires immédiates. — Elles n'offrent rien de particulier à signaler : la température est toujours restée à la normale : la vessie largement drainée étant lavée matin et soir, les urines se sont éclaircies progressivement.

18. — On a enlevé les mèches profondes : le 21 on a enlevé le drain et mis une sonde à demeure avec le mandrin.

28. — On a enlevé la sonde à demeure et passé trois béniqués (n^{os} 38, 39 et 40).

29. — Toutes les urines étaient passées par la plaie : il en est de même les jours suivants.

31. — Le malade commence à uriner un peu par la verge.

5 juin. — La totalité des urines passe par la verge, elles sont claires, le malade n'a pas de résidu.

13. — Les urines redeviennent troubles : on constate un résidu de 250 grammes. Lavage au nitrate d'argent.

19. — Les urines se sont beaucoup éclairci ; le malade n'a plus que 60 grammes de résidu.

28. — Il quitte le service, urinant spontanément toutes les 3 heures dans la journée, trois fois seulement dans la nuit : ses urines sont claires, il vide complètement sa vessie.

8 juillet. — Le malade revient nous voir ; ses urines sont toujours claires ; il urine toutes les 3 heures dans la journée, la nuit toutes les 4 heures ; il n'a pas de résidu.

11. — Le malade vient de nouveau parce que ses urines sont un peu troubles. La veille en sortant du bain il a écarté violemment les jambes et a perdu environ une cuillerée d'urine par sa plaie périnéale. Pendant quelques jours nous faisons des lavages de la vessie avec la solution de nitrate à 1/1000 ; nous touchons la fistule périnéale avec une mèche imprégnée de teinture d'iode. Les urines redeviennent rapidement claires. La plaie se ferme complètement.

Sur notre demande le malade vient nous revoir le 3 juin 1904, c'est-à-dire deux ans après avoir subi la prostatectomie périnéale. Il se porte à merveille. Il a bon appétit, n'est pas constipé. La nuit il dort bien et se lève seulement deux fois pour pisser ; le jour il urine toutes les 3 ou 4 heures. Les urines sont claires il n'a pas de résidu. La seule chose qui le gêne, c'est de n'avoir plus d'érections. Avant son opération il pouvait, dit-il, se livrer encore au coït et éjaculait encore assez souvent.

OBS. XXII. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète d'urine. Prostatectomie périnéale. — Persistance d'une rétention incomplète. — Malade très amélioré.*

A... Eugène, 61 ans, entre le 11 octobre 1902 dans le service de M. le Dr Hartmann parce qu'il urine à chaque instant et qu'il souffre à chaque miction.

Depuis un an environ cet homme éprouve des difficultés pour uriner : au début il devait se lever 3 ou 4 fois la nuit, mais au bout de peu de temps les envies d'uriner deviennent plus fréquentes, il ne tarda pas à éprouver la nécessité de se lever 7 ou 8 fois chaque nuit : le jour, les mictions étaient, dit-il, moins rapprochées. Chaque miction s'accompagnait de sensations douloureuses dans la verge lorsque les dernières gouttes d'urine s'écoulaient.

Il y a 8 jours il a eu une rétention complète d'urine qui dura 10 heures, il alla à la consultation du service des voies urinaires de l'hôpital Necker où on le sonda et où on lui fit un lavage de la vessie.

Depuis cette crise de rétention, ce malade souffre beaucoup plus et la fréquence de ses mictions a considérablement augmenté : il urine tout les quarts d'heure, goutte à goutte et au prix des plus grands efforts : le début comme la fin de chaque miction sont excessivement douloureux.

Le passé pathologique de cet homme est assez chargé : à 14 ans il a eu une coxalgie suivie d'ankylose coxo-fémorale ; à 28 ans un chancre syphilitique de la verge ; deux ans plus tard une blennorrhagie ; à 31 ans une adénite tuberculeuse de la région inguinale gauche ; il y a 8 ans il a été soigné pour de l'œdème des membres inférieurs et de l'albuminurie.

Aussitôt son entrée dans la salle nous examinons le malade ; son urètre est libre au n° 20 ; au retour la boule de l'explorateur subit un léger ressaut au niveau de la région périnéo-bulbaire : la traversée prostatique mesure 8 centimètres.

Le cathétérisme pratiqué avec une bécuille n° 18 ramène 250 centimètres cubes d'urines très troubles, d'odeur fétide : faisant lever le malade nous constatons qu'il s'écoule de nouveau 40 grammes d'urines excessivement purulentes.

La prostate est augmentée de volume, surtout dans son lobe gauche ; la consistance en est ferme ; un peu plus molle à droite.

On sent le pôle inférieur du rein droit.

Température : 38°2. Sonde à demeure.

Les jours suivants la vessie est lavée à l'eau boricuée et au nitrate d'argent : malgré cela la température se maintient aux environs de 38° ; les urines restent toujours très troubles.

L'épreuve du bleu, pratiquée le 14 octobre, montre une élimination régulière, mais prolongée, sans intermittences.

OPÉRATION. — 17 octobre 1902. — Prostatectomie périnéale.

Mise en place ordinaire du malade, sonde dans l'urètre. Incision bischiatique, découverte du bulbe, puis de la face postérieure de la prostate.

M. Hartmann est très gêné par l'ankylose coxo-fémorale avec flexion et adduction de la cuisse gauche ; il ne manœuvre qu'avec la plus grande difficulté.

Après l'ouverture de l'urètre membraneux, M. Hartmann constate facilement, l'index de la main gauche étant introduit dans la brèche urétrale, que le lobe gauche fait une saillie très prononcée dans l'urètre qu'il refoule à droite. Ce lobe est enlevé par morcellement : au cours de l'opération la paroi latérale gauche de l'urètre est ouverte : un surjet au catgut est aussitôt placé sur cette déchirure.

Drain cysto-périnéal. Tamponnement iodoformé de la plaie.

Suites opératoires immédiates. — Le soir même de l'opération la température tombe à 37°. Elle n'est plus remontée dans la suite.

Le lendemain pansement superficiel et lavage de la vessie à l'eau boricquée.

Le surlendemain le malade est purgé.

22. — On enlève les mèches qui tamponnent la plaie ; pas d'hémorrhagie ; pansement à plat.

23. — On enlève le drain et à l'aide du mandrin courbe on met en place une sonde béquille n° 20.

26. — La sonde est changée facilement : on continue chaque jour les lavages au nitrate d'argent.

29. — On enlève la sonde à demeure.

Le lendemain on constate que le malade a rendu plus d'un litre d'urine par la verge : ses urines sont encore troubles ; on continue les lavages vésicaux comme précédemment.

A partir du 3 novembre le malade n'urine plus du tout par sa plaie périnéale il n'a pas d'incontinence ; mais ses urines restent troubles et il conserve 80 grammes de résidu.

18 novembre. — Le malade quitte le service pour aller à Vincennes, urinant spontanément toutes les 4 heures, mais gardant après chaque miction un résidu de 125 grammes.

Le 2 décembre de la même année, c'est-à-dire un mois et demi après être sorti de l'hôpital le malade est ramené dans le service ; il a eu, dit-il, depuis plusieurs jours des accès de fièvre très violents, des syncopes. On sonde le malade et on retire de la vessie environ 150 centimètres cubes d'urines très troubles, boueuses, de couleur brunâtre. Il se sondait, dit-il, 3 fois par jour chez lui et ne souffrait pas de la vessie.

Ses reins sont douloureux à la palpation bi-manuelle, le droit surtout dont on sent très nettement le pôle inférieur.

Son cœur bat d'une façon très irrégulière : sa langue est saburrale, blanche au centre, rouge sur les bords, très sèche : il a des vomissements fréquents et de la constipation.

On fixe une sonde à demeure et on prescrit de la digitale.

Les jours suivants l'état général du malade s'améliore ; ses vomissements s'arrêtent, les battements cardiaques deviennent moins tumultueux, la langue redevient humide.

Chaque jour on lave sa vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent. La température baisse graduellement ; le 6 elle est à 37 ; la sonde à demeure est retirée.

Le malade est sondé deux fois par jour et le cathétérisme ramène à chaque fois une quantité d'urine variant entre 400 et 800 centimètres cubes : entre temps, le malade pisse seul toutes les 2 ou 3 heures. La totalité des urines mesurée plusieurs fois oscille entre 4 et 5 litres.

18. — Le malade ayant fait une nouvelle poussée fébrile on remet la sonde à demeure qui est laissée en place jusqu'au 14 janvier 1903.

Le malade quitte alors le service urinant seul toutes les 2 ou 3 heures, ayant des urines encore un peu troubles et se sondant lui-même 3 ou 4 fois par jour. Son rein droit est encore perceptible à la palpation, mais n'est plus douloureux du tout au ballotement.

Suites opératoires éloignées. — Sur notre demande le malade vient nous voir le 22 janvier 1904, c'est-à-dire un an et 3 mois après son opération.

Depuis son départ de l'hôpital cet homme s'est sondé comme nous le lui avons recommandé tous les jours d'abord ; puis voyant qu'il urinait facilement et sans douleur il ne s'est plus sondé que tous les 3 ou 4 jours. Jamais il n'a eu de rétention.

Pendant 6 mois il a beaucoup souffert dans les reins, puis les douleurs ont disparu et depuis longtemps il n'a plus rien ressenti de ce côté.

Sa cicatrice périnéale ne l'a jamais fait souffrir.

Actuellement cet homme jouit d'une santé parfaite, très solide malgré ses 63 ans, son aspect extérieur ne rappelle pas celui d'un homme de cet âge ; il a un bon appétit et dort bien. Il urine toutes les heures aussi bien le jour que la nuit, sans douleur, mais en faisant quelques efforts ; l'urine commence à s'écouler goutte à goutte, puis en un jet assez gros retombant à 50 centimètres des pieds du malade ; quelquefois, dit-il, quelques gouttes d'urine s'échappent encore de sa verge lorsqu'il a fini d'uriner et souillent ses vêtements.

Il a mesuré plusieurs fois ses urines de 24 heures et a trouvé 4 litres en moyenne.

Par le cathétérisme pratiqué facilement avec une sonde béquille n° 20, nous retirons 180 grammes d'urines légèrement troubles.

La capacité vésicale mesurée avec de l'eau boriquée est de 280 grammes.

La cicatrice est souple, sans adhérence aux plans profonds.

Par le toucher rectal nous sentons à gauche de la ligne médiane sur la face antérieure du rectum une plaque cicatricielle correspondant au lobe gauche de la prostate qui a été enlevé et sur laquelle la muqueuse rectale glisse facilement. A droite de la ligne médiane nous sentons un petit lobe prostatique.

Le rein droit est toujours perçu à la palpation bi-manuelle, il n'est pas douloureux.

Depuis très longtemps cet homme n'avait plus d'érections ; son opération n'a rien changé.

Obs. XXIII. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète d'urine. — Calcul vésical — Taille hypogastrique. — Ablation du lobe moyen de la prostate. — Guérison.*

P... Jules, 64 ans, entre le 4 mai 1903 parce que la marche provoque chez lui des envies fréquentes d'uriner s'accompagnant de douleur à la fin de la miction.

Depuis 3 ans cet homme urine toutes les 3 heures dans la journée, et se lève deux ou trois fois dans la deuxième partie de la nuit.

Au mois de février dernier, souffrant un peu plus chaque fois qu'il urinait et ayant une fréquence plus grande aussi bien le jour que la nuit, il vint à la consultation du service où on lui fit des lavages de la vessie.

Depuis un mois, s'il fait une course un peu longue il doit uriner toutes les 10 minutes et la fin de la miction est particulièrement douloureuse. Jamais il n'a eu d'hématurie.

Actuellement ses urines sont troubles : couché il urine toutes les deux heures : son urètre se laisse facilement franchir par la boule de l'explorateur n° 20 : il a un résidu de 25 grammes et l'injection de 60 grammes d'eau boriquée provoque chez lui une forte envie d'uriner.

Avec l'explorateur métallique on constate le bruit caractéristique d'un calcul de taille moyenne.

La prostate paraît peu développée.

OPÉRATION. — 11 mai 1903. — Taille hypogastrique et excision du lobe moyen de la prostate.

Ce malade souffrant surtout de la présence d'un calcul dans sa vessie, M. Hartmann n'avait primitivement que l'intention de lui faire une lithotritie, mais après quelques essais infructueux de prise du calcul et pour le débarrasser en même temps du lobe moyen de sa prostate que l'on suppose provoquer chez lui les troubles urinaires dont il souffre depuis 3 ans, il se décide à lui faire une taille hypogastrique.

La vessie est ouverte rapidement et un petit calcul de la grosseur d'une noisette est enlevé.

Comme le lobe médian fait une saillie assez forte sous forme de tumeur arrondie de la grosseur d'une noix, on enlève ce lobe au bistouri, puis avec le thermo-cautère on fait en arrière du col une incision longitudinale qui supprime le bas-fond. Une sonde de Pezzer est mise dans l'urètre et des tubes-syphons placés dans la vessie.

La vessie et la paroi sont suturées : il ne reste que l'orifice par où passent les tubes.

Suites opératoires immédiates. — Elles ont été des plus simples : la sonde de Pezzer a été retirée au bout de 6 jours, les tubes au bout de 11 jours. Tous les jours la vessie a été lavée à l'eau boriquée et le malade quitta le service le 18 juin urinant seul toutes les 4 heures, sans douleur, ayant des urines claires et n'ayant pas de résidu vésical.

Suites opératoires éloignées. — Après sa sortie de l'hôpital le malade

est venu deux fois par semaine et pendant 3 mois se faire laver la vessie, puis il s'est mis à se faire lui-même ses lavages et a toujours continué depuis.

Actuellement (15 mai 1904) il urine spontanément toutes les 2 ou 3 heures ; la miction s'accomplit sans efforts et sans douleur : nous sondons facilement le malade avec une béquille n° 18 ; nous retirons environ 60 grammes d'urines claires contenant quelques gros filaments ; il faut 180 grammes d'eau boriquée pour provoquer l'envie d'uriner et lorsque le malade a uriné nous constatons qu'il ne reste que 10 grammes de liquide dans sa vessie ; cet homme n'a donc pas de résidu appréciable.

Par le toucher rectal nous sentons la prostate un peu grosse, faisant une saillie assez prononcée dans le rectum.

Obs. XXIV. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète d'urine ancienne. — Polyurie abondante. — Persistance de la fièvre malgré la sonde à demeure. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.*

Le nommé B..., 62 ans, représentant de commerce, entre le 18 septembre 1903 dans le service des voies urinaires de Lariboisière parce qu'il urine souvent, difficilement et parce qu'il a une orchite.

Cet homme fait remonter à 5 ans le début de ses troubles urinaires : la fréquence des mictions est le premier ennui qui ait attiré son attention ; il commença à se lever 2, puis 3 et 4 fois la nuit pour uriner, le jour les mictions n'étaient pas plus fréquentes qu'à l'ordinaire, mais elles étaient impérieuses et il devait y satisfaire immédiatement s'il ne voulait pas souiller ses vêtements ; il ne souffrait d'ailleurs pas en urinant. Ses urines étaient déjà troubles à cette époque.

Puis pendant un an tout sembla se calmer, il urinait un peu moins souvent, surtout, point intéressant pour lui, il retenait même ses urines.

Mais depuis un an tous ces troubles sont apparus avec plus d'intensité encore ; le jour il urine toutes les deux heures, la nuit toutes les heures : il doit faire des efforts pour évacuer sa vessie et chaque miction, au début comme à la fin, s'accompagne de sensations douloureuses dans l'hypogastrie et dans la verge.

Depuis 3 jours il a une orché-épididymite à droite. Quatre blennorrhagies antérieures.

A son entrée dans le service, on constate que son épидидyme droit est le siège d'une tuméfaction de la grosseur d'un petit œuf de poule, douloureuse à la pression. Son urètre se laisse facilement franchir par la boule de l'explorateur n° 21 ; la vessie contient 200 grammes de résidu très trouble.

La prostate est ferme, volumineuse, uniformément développée dans ses deux lobes.

Les reins sont nettement sentis, surtout du côté droit ; le balottement en est douloureux.

Température: 39°2 : on laisse une sonde à demeure. Les jours suivants et jusqu'au 23 octobre la malade continue à faire de la fièvre, montant à 38°, 39° le soir : il urine par jour 6 à 7 litres d'urines pâles et troubles.

1^{er} octobre. — On lui fait une injection de bleu ; l'élimination commence à la 2^e heure à son maximum de la 8^e à la 10^e, puis diminue et se termine à la 24^e heure.

OPÉRATION. — 23 octobre 1903. — Prostatectomie périnéale. Rien à signaler dans les temps préliminaires.

La prostate est rapidement découverte. L'urètre prostatique est ouvert en arrière du sphincter membraneux ; la prostate est abaissée avec le désenclaveur de Young, les deux lobes sont facilement énucléés. Drain vésical, pansement.

Suites opératoires immédiates. — Le lendemain et le surlendemain pansement superficiel, lavage de la vessie à l'eau boriquée.

26. — On enlève les mèches profondes.

27. — Le drain étant sorti nous le refoulons dans la vessie : 500 grammes d'urines très troubles s'échappent à flot : lavage à l'eau boriquée et au nitrate d'argent. Température le soir : 38°5.

Le lendemain et les jours suivants nous devons remettre le drain en place ; le malade qui est très pusillanime s'agite à chaque instant dans son lit et fait sortir son drain.

1^{er} novembre. — Le drain est enlevé, nous mettons une sonde à demeure avec le mandrin.

4-9. — Nouvelle sonde, toujours avec le mandrin.

10. — Le malade fait une nouvelle orchite droite.

12. — La sonde est retirée ; dans la journée le malade urine spontanément toutes les heures ; la plus grande partie des urines passe par la verge.

A partir du 14 toute l'urine s'écoule par la verge : le malade urine toutes les heures et demie dans la journée, la nuit toutes les deux heures.

Couché il résiste facilement au besoin d'uriner, mais debout dès que l'envie se fait sentir il doit y satisfaire immédiatement ; sans cela il pisse malgré lui. Son jet est fort ; la vessie garde un résidu de 175 grammes.

19. — Son orchite droite ayant disparu on passe les béniqués 41, 42 et 43.

Le lendemain nouvelle orchite à gauche qui dure 10 jours.

6 décembre. — Le malade quitte le service : il urine spontanément toutes les heures et demie dans la journée, toutes les deux heures la nuit.

Il urine encore 4 litres par 24 heures, n'a plus que 50 grammes de résidu ; ses urines sont légèrement troubles ; elles déposent à peine dans le bocal. La miction se fait très facilement, mais les besoins sont toujours impérieux. Douleurs dans la région dorso-lombaire, surtout lorsque le malade se lève ou s'assoit.

Suites opératoires éloignées. — Le malade est revenu nous voir le 26 janvier 1904 ; c'est-à-dire près de 3 mois après son opération : il a

bonne mine, mange avec appétit, n'a plus soif comme autrefois, et dort très bien.

Depuis sa sortie de l'hôpital il n'est venu qu'une fois à la consultation se faire laver le vessie. Il se plaint d'élancements douloureux dans la verge, de la sensibilité extrême de ses testicules, de souffrir au niveau de sa plaie. Rappelons que nous avons affaire à un malade pusillanime, qui exagère facilement ses sensations.

Nous faisons uriner le malade devant nous ; son jet est plein, fort, jaillit à un mètre ; ses urines recueillies dans un verre sont légèrement troubles.

Une sonde béquille n° 20, introduite aussitôt sans aucune difficulté ne ramène pas une goutte d'urine. La vessie est mise en tension avec 230 grammes d'eau boriquée que le malade pisse immédiatement en totalité.

Sa cicatrice périnéale est un peu exubérante.

Par le toucher rectal nous sentons à la place de la prostate une plaque étalée légèrement indurée, sur laquelle glisse facilement la muqueuse rectale.

Le malade n'a jamais eu d'érections depuis son opération.

Sur notre demande le malade revient le 3 juin 1904, c'est-à-dire 7 mois après son opération. Son état général est parfait ; il a un excellent appétit, dort bien la nuit. Il est un peu constipé.

De temps en temps il a quelques élancements douloureux dans la région lombaire, mais depuis quelque temps ils ont tendance à disparaître.

La plaie n'est plus douloureuse. Il urine facilement toutes les 3 ou 4 heures dans la journée et retient bien facilement ses urines. La nuit il doit se lever deux ou trois fois pour pisser, moins souvent même quand il n'a pas pris de café ni de bière le soir. Les urines sont légèrement troubles : il a un résidu de 30 grammes.

Ce qui gêne le plus notre ancien malade c'est la disparition complète des érections. Il s'en plaint amèrement car, dit-il, avant son opération il pouvait encore se livrer au coït avec succès de temps en temps.

OBS. XXV. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète d'urine avec distension vésicale. — Plusieurs crises de rétention complète. — Hématuries. — Opération de Bottini : à la suite hématuries persistantes. — Prostatectomie sus-pubienne. — Guérison.*

Le nommé L... Pierre, 57 ans, entre le 1^{er} octobre 1903 dans le service de M. le Dr Hartmann parce qu'il urine souvent et avec difficulté.

Depuis 8 ans cet homme doit se lever cinq ou six fois la nuit pour uriner ; au début, ses mictions n'étaient pas fréquentes pendant le jour, mais depuis deux ans il doit uriner au moins toutes les 2 heures, quelquefois plus souvent dans la journée.

Il y a 6 ans, à la suite d'excès de table, il a eu sa première crise de rétention complète qui dura 15 jours pendant lesquels il fut sondé dans un hôpital où il était allé. A sa sortie il urinait spontanément mais avec difficulté.

Il resta 4 ans sans avoir de nouvelle crise aiguë de rétention. Il y a deux ans le malade est en effet entré dans le service de M. Hartmann pour une rétention complète d'urine : il fut mis à la sonde à demeure et sortit 3 mois après ne voulant pas se laisser opérer ; à cette époque il urinait seul, mais avait un résidu vésical de 150 grammes. On lui conseilla de venir tous les deux jours à la consultation se faire sonder et laver la vessie, ce qu'il ne fit d'ailleurs pas.

Entre ces deux crises de rétention complète ce malade avait été arrêté par plusieurs incidents.

Il y a 3 ans il eut une orchite à bascule à deux mois de distance ; la même année il eut une hématurie totale qui survint sans cause apparente et qui dura 15 jours.

Actuellement cet homme est obligé de faire des efforts pour uriner : le jet, long à venir, est sans force, la dernière partie de l'urine s'écoule goutte à goutte ; les envies sont fréquentes, toutes les heures dans la deuxième partie de la nuit ; chaque miction s'accompagne de sensations douloureuses dans la verge. Les urines sont troubles ; la vessie garde un résidu de 500 grammes. Les deux lobes de la prostate sont gros avec prédominance du côté droit. L'épididyme gauche est gros, un peu douloureux.

21 octobre. — On pratique l'examen cystoscopique. L'image est assez nette : on aperçoit des colonnes vésicales très prononcées ; la muqueuse est un peu rougeâtre. Lobe médian, demi-circulaire. Lobe droit, presque séparé du lobe médian par une rigole profonde. Lobe gauche augmenté de volume, mais plus petit que le droit et séparé comme lui du lobe médian par une dépression. Impossibilité de voir les orifices urétraux.

Avec l'explorateur métallique on ne sent pas d'incrustation calcaire de la vessie il faut élever fortement le manche de l'instrument après l'avoir retourné pour que le bec de l'explorateur se place derrière la prostate.

1^{re} OPÉRATION. — 28 octobre 1903. — Opération de Bottini, par M. Freudenberg.

3 incisions : une médiane postérieure de 2 cent. 8

une latérale droite de 2 cent. 3

une latérale gauche de 2 cent. 1

Sonde à demeure.

Suites opératoires du Bottini. — Pendant 8 jours les urines sont troubles et sanglantes. Le quatrième jour la sonde à demeure est enlevée ; le malade urine spontanément mais au prix de pénibles efforts : il a un résidu de 75 grammes.

Au bout de 8 jours les urines ne contiennent plus de sang mais sont toujours très troubles et le début de la miction s'accompagne de violentes douleurs dans la verge.

Un mois après l'opération il n'y a rien de changé : même douleurs pendant la miction, même jet sans force, urines toujours troubles : fréquence toutes les deux heures : pas de résidu vésical.

8 décembre. — A la suite d'un cathétérisme le malade urine du sang : à partir de ce jour l'hématurie ne cesse plus : l'urine est uniformément colorée dans les 3 verres ; le début et la fin de la miction sont très douloureux.

Examen, 18 janvier 1904. — Mictions toutes les deux heures : urines uniformément colorées, noirâtres avec dépôt purulent.

L'examen cystoscopique montre sur la ligne médiane postérieure une tumeur blanchâtre du volume d'une noix (Luys).

Par le toucher rectal on sent les deux lobes prostatiques encore assez volumineux.

2^e OPÉRATION. — 20 janvier 1904. — Prostatectomie sus-pubienne par M. le Dr Hartmann.

Taille hypogastrique. La vessie ouverte on voit que la prostate fait une saillie considérable : ses deux lobes sont séparés en arrière par un fossé profond. Sur le bord de ce fossé le lobe gauche apparaît ulcéré avec un point un peu incrusté. Avec l'ongle M. Hartmann éraille et enlève successivement et très rapidement les deux lobes de la prostate.

Sonde de Pezzer dans l'urètre. Tube-siphon hypogastrique.

Poids des deux lobes enlevés : 68 grammes.

Durée totale : 20 minutes.

Suites opératoires immédiates. — Le sonde de Pezzer est enlevée le cinquième jour, les tubes-siphons le dixième jour : pendant un mois le malade garde une sonde à demeure. Les urines sont restées sanglantes pendant 3 jours ; depuis elles n'ont jamais contenu de sang.

6 mars. — Le malade quitte le service, urinant très facilement toutes les 3 ou 4 heures dans la journée, une seule fois la nuit. La vessie se vide à chaque miction : les urines sont claires, la fistule hypogastrique est complètement fermée.

Ce malade est parti en province sans laisser d'adresse et n'a pu par conséquent être vu de nouveau.

Obs. XXVI. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète d'urine. —*

Fièvre urineuse. — Une attaque de rétention aiguë antérieure. — Prostatectomie périnéale.

B... Isidore, 69 ans, entre le 18 janvier 1904 dans le service des voies urinaires de Lariboisière, parce que ses mictions sont fréquentes et pénibles.

Depuis 15 ans le malade urine fréquemment, surtout la nuit : jusqu'à ces deux dernières années il n'a pas souffert en urinant et s'il pissait souvent il pissait sans efforts.

Il y a deux ans à la suite d'un repas copieux le malade eut une crise de rétention complète d'urine : il dut être sondé pendant 8 jours avant de pouvoir uriner spontanément. A la suite de cet accident ses mictions devinrent plus fréquentes, plus longues à venir, un peu douloureuses à la fin. — Depuis 5 mois ses urines sont troubles ; de temps en temps il

a des accès de fièvre survenant tantôt le jour, tantôt la nuit et d'une façon tout à fait irrégulière.

L'accès débute par un grand frisson suivi de sensation de chaleur dans tout le corps et de sueurs profuses. La température axillaire a été prise au cours d'un de ces accès fébriles, elle atteignait 40°.

Depuis quelques mois également le malade est très constipé.

Actuellement le malade urine toutes les demi-heures dans la journée, la nuit toutes les heures ; le début et surtout la fin de la miction sont douloureux. Les urines sont troubles. La vessie garde un résidu de 130 grammes.

La prostate est très grosse, régulière, sans bosselures, de consistance égale, mais un peu ferme.

A la queue de l'épididyme gauche on trouve un petit noyau induré. Les reins ne sont pas sentis.

Température 40° : on met une sonde à demeure et on lave la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent.

Le lendemain la température tombe à 37°, elle n'a pas monté depuis.

A 20 ans cet homme a eu une blennorrhagie suivie d'orchio-épididymite gauche.

19. — On fait une injection de bleu : l'élimination commence une heure après l'injection et se continue d'une façon régulière pendant 48 heures.

OPÉRATION. — 22 janvier 1904. — Prostatectomie périnéale. Mise à nu rapide de la face postérieure de la prostate, ouverture de l'urètre en arrière de la région membraneuse. On introduit le désenclaveur de Young et la prostate est attirée vers le périnée. Le lobe gauche puis le lobe droit sont rapidement et facilement énucléés.

Il reste un lobe médian : avec le doigt on l'amène dans la plaie, sa capsule est incisée en arrière ; on le libère de la muqueuse vésicale.

Quelques sutures rétrécissent l'urètre : drain périnéal, tamponnement odoformé de la plaie.

Poids de la prostate : 87 grammes.

Suites opératoires immédiates. — A partir du jour de l'opération la température reste à la normale.

26. — Les mèches profondes sont enlevées : la plaie suinte un peu : tamponnement moins serré.

28. — On enlève le drain et on met avec le mandrin une sonde béquille n° 16. Elle est fixée à demeure.

1^{er} février. — La sonde est changée. Le malade urine 1 lit. 1/2 par 24 heures ; ses urines sont un peu troubles.

41. — La sonde à demeure est retirée.

Pendant la journée et la nuit il s'écoule 3/4 de litre d'urine par la verge ; le reste par la plaie. On commence à passer de gros béniqués ; on continue les lavages de la vessie.

47. — Toutes les urines s'écoulent par la verge ; le malade a de l'incontinence lorsqu'il est debout ; couché il garde bien ses urines.

27. — Le malade quitte le service. Sa plaie est complètement fermée, il urine facilement toutes les 2 heures aussi bien le jour que la nuit. Il n'a pas de résidu. Ses urines sont claires.

Son incontinence a disparu et c'est seulement lorsqu'il fait un effort qu'il perd involontairement quelques gouttes d'urine.

Suites opératoires éloignées. — Grâce à l'obligeance du Dr Postel de Montereau, nous avons pu avoir des renseignements sur l'état du malade quelques mois après son opération (5 juin 1904).

Notre ancien opéré se porte merveilleusement, nous écrit le Dr Postel, il urine toutes les 3 heures le jour, une ou deux fois la nuit, ses urines sont claires et il n'a jamais dû être sondé.

OBS. XXVII. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète d'urine datant de 7 ans. — Infection urinaire. — Prostatectomie périnéale. — Perforation de la paroi antérieure du rectum 13 jours après l'opération. Fistule uréthro-rectale persistante.*

Le nommé G... 67 ans, entre le 3 janvier 1904, dans le service de M. le Dr Hartmann parce que depuis 5 jours il ne peut plus uriner sans le secours de la sonde.

Il y a 7 ans que cet homme éprouve des difficultés pour uriner. Au début, c'était seulement dans la deuxième partie de la nuit qu'il devait faire des efforts pour pisser, dans la journée tout allait bien ; il urinait, dit-il, toutes les 2 ou 3 heures, mais très facilement. A cette époque il consulta un médecin qui lui trouva un résidu vésical et lui conseilla de se sonder de temps en temps. L'état du malade resta stationnaire jusqu'à ces derniers temps. Lorsque la miction était trop pénible, il se sondait lui-même avec une sonde bécuille n° 15 ; le passage de la sonde déterminait parfois une légère hémorrhagie.

Il y a 5 jours, sans avoir fait d'excès, le malade éprouva plus de difficultés pour uriner ; à son réveil, il dut faire de violents efforts pour n'arriver à pisser que quelques gouttes ; il essaya de se sonder et ne put d'abord y parvenir. Quelques instants après, le besoin d'uriner étant devenu plus impérieux, le malade introduisit de nouveau sa sonde qui passa et évacua sa vessie. Depuis le malade n'a pu uriner sans sonde.

Comme maladie antérieure nous ne relevons qu'une blennorrhagie à 20 ans.

L'urètre du malade ne peut être franchi entièrement que par la boule de l'explorateur n° 15 ; tous les numéros supérieurs sont arrêtés par un rétrécissement siégeant au niveau de la portion périnéo-bulbaire du canal. Une sonde bécuille n° 15 retire 175 grammes d'urines dont la première partie est trouble ainsi que les dernières gouttes, tandis que la moyenne est claire.

La prostate est très grosse, uniformément hypertrophiée et fait une saillie hémisphérique dans le rectum ; sa consistance est souple, régulière. Le rein droit est nettement senti au palper bi-manuel.

Dans tout le poumon gauche, râles de bronchite, expectoration mucopurulente.

On met une sonde à demeure au malade et on lui lave chaque jour la vessie à l'eau boriquée.

13 janvier. — On fait une injection de bleu de méthylène. L'élimination commence une heure après et se continue très faible avec des intermittences : à la vingtième heure elle devient plus intense, atteint son maximum à la vingt-septième heure puis décroît pour se terminer en 48 heures.

15. — Comme le malade n'a plus que 37°5 on retire la sonde à demeure pour voir s'il pourra uriner seul : la température monte le soir à 39°5 ; on remet aussitôt une sonde à demeure. La température baisse progressivement et atteint 37°4 le 23 janvier au matin.

Le malade devait être opéré ce jour-là ; mais malgré la diminution de la fièvre, son état était des plus précaires ; la langue était sèche, le pouls très irrégulier ; la poitrine pleine de râles fins aux bases, humides dans le reste du poumon. On doit surseoir à l'intervention qui a lieu le 25, le malade allant un peu mieux, mais ayant encore des intermittences cardiaques très marquées.

OPÉRATION. — 25 janvier 1904. — Prostatectomie périnéale. Le malade est endormi rapidement et avec précaution ; on donne le moins possible de chloroforme.

Mise à nu rapide de la face postérieure de la prostate ; ouverture de l'urètre à la jonction de la région membraneuse et de la prostate.

On introduit le désenclaveur de Young et on amène la prostate au périnée. On incise la capsule prostatique à droite et à 3 ou 4 millimètres en dehors de la brèche faite au canal, puis après avoir décollé cette capsule avec le doigt en allant de la région médiane vers la partie latérale droite on enlève d'un seul bloc tout le lobe droit ; on fait de même pour le lobe gauche, mais il tient un peu plus et doit être enlevé en 3 ou 4 morceaux.

Deux catguts rétrécissent partiellement l'urètre ; drain périnéal et tamponnement iodoformé.

L'opération a été rapidement conduite.

Poids des deux lobes prostatiques : 80 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Au début elles ont été parfaites. La température tombe dès le lendemain de l'opération à 37° ; le pouls du malade devient plus régulier dès le troisième jour : le drain fonctionne bien, sauf dans la nuit du 2 au 3 février, ce qui fait monter la température à 38°4 ; le drain est remis en place, la vessie est lavée comme chaque jour et la température retombe à 37° le 4 février.

5 février. — On enlève le drain et on met une sonde à demeure sans l'aide du mandrin en la poussant directement dans la vessie.

Le lendemain matin on constate que le bec de la sonde sort par l'anus. Le malade nous apprend que dans la nuit il a eu de violentes envies d'u-

rinier et qu'il a poussé plusieurs fois sa sonde, croyant qu'elle était sortie de sa vessie. La sonde est remise en place avec l'aide du mandrin.

6. — On constate que des matières fécales s'écoulent par la sonde avec l'eau du lavage ; le lendemain les matières sortent un peu par le périnée lorsque le malade va à la selle.

Pendant quelques jours le malade fait de légères ascensions thermiques ; à partir du 11 la température retombe à la normale. Le pouls est maintenant très régulier et bat à 75 à la minute.

13. — On enlève la sonde à demeure ; le doigt introduit dans le rectum pénètre au-dessus du sphincter anal, dans une large brèche située sur la face antérieure du rectum. A partir de ce jour et jusqu'au 21 toutes les urines du malade s'écoulent par sa plaie ; il rend également des urines par le rectum lorsqu'il va à la selle. Chaque jour la vessie est lavée matin et soir à l'eau boriquée ; chaque lavage ramène des matières fécales par la sonde.

22. — Le malade commence à uriner un peu par la verge ; la plaie périnéale diminue d'étendue et de profondeur. Le 20 mars elle est complètement fermée ; le malade va à la selle 5 ou 6 fois par jour et rend des urines mêlées à des matières fécales ; il urine par la verge à chaque instant et doit garder continuellement son urinal entre ses jambes ; on commence à passer des béniqués (nos 41, 42 et 43) ; on continue les jours suivants.

17 avril. — La plaie périnéale est complètement fermée : les urines contiennent moins de matières ; elles passent en partie par la verge, en partie par le rectum ; lavage de la vessie et béniqués.

1^{er} mai. — Le malade commence à se lever, il perd involontairement ses urines lorsqu'il marche, il les retient au contraire assis ou couché.

11. — Le malade quitte le service ; il ne souffre pas, a bon appétit. Il urine toutes les heures, quelquefois un peu plus souvent et rend des matières en petite quantité ainsi que des gaz par la verge en même temps que l'urine. Il n'a pas de résidu vésical.

Par le toucher rectal on sent sur la face antérieure du rectum un orifice un peu en entonnoir admettant facilement l'extrémité de l'index.

OBS. XXVIII. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète d'urine ancienne. — Aggravation des phénomènes dysuriques malgré les cathétérismes et les lavages vésicaux. — Prostatectomie périnéale.*

S. . . Louis, 69 ans, entre le 11 janvier 1904 dans le service de M. le Dr Hartmann. Depuis longtemps cet homme vient à la consultation se faire soigner pour de la rétention incomplète d'urine s'accompagnant de fréquence et de douleurs de la miction.

Le début de ses accidents urinaires remonte à 4 ans. Le malade, qui se levait déjà depuis quelques années dans la deuxième partie de la nuit, mais sans en être incommodé, fut pris un jour de fièvre avec malaise général ; les mictions, à partir de ce jour, devinrent plus pénibles, plus

douloureuses et plus fréquentes. Il alla à la consultation de l'hôpital Necker où on lui fit pendant six mois des lavages de la vessie.

A la suite de ce traitement le malade resta 9 mois sans souffrir : il urinait moins souvent, 4 ou 5 fois le jour, 2 ou 3 fois la nuit.

Puis, progressivement, les mictions devinrent plus fréquentes, nécessitèrent des efforts, s'accompagnèrent de douleurs dans la verge, le périnée et l'hypogastre ; il vint à la consultation du service où l'on constata que ses urines étaient troubles dans les deux verres, et que sa vessie gardait un résidu de 100 grammes. On lui fit des lavages à l'eau boricquée et au nitrate d'argent ; on lui conseilla de se sonder deux fois par jour. Ce traitement améliora encore le malade ; ses mictions diminuèrent de fréquence ; elles devinrent moins douloureuses ; au bout de quelque temps il dut revenir à la consultation, ses troubles urinaires étant réapparus avec leur ancienne intensité. Cet homme eut ainsi une série alternative de mieux et de plus mal.

En novembre 1903 on lui conseilla la prostatectomie ; ses urines étaient toujours troubles, il avait un résidu de 350 grammes ; il refusa d'entrer à l'hôpital.

Depuis deux mois cet homme doit se sonder 5 ou 6 fois dans la journée ; il y est forcé par des envies d'uriner qu'il ne peut satisfaire ou seulement au prix de grands et douloureux efforts.

Depuis un mois il urine tous les quarts d'heure dans la journée, la nuit toutes les heures ; quelquefois il lui arrive de ne pouvoir uriner malgré tous les efforts qu'il fait, il doit se mettre sur le bassin, suer sang et eau selon son expression, pour uriner quelques gouttes après cinq minutes d'efforts.

Actuellement le malade est toujours dans le même état, il a maigri et n'a pas d'appétit.

Son poids est très irrégulier. Son urètre se laisse facilement franchir par la boule de l'explorateur n° 20 ; la traversée prostatique mesure 7 cm. 1/2. Une sonde bécquille n° 20 introduite sans difficulté dans la vessie donne issue à 200 grammes d'urines troubles ; sa capacité vésicale est de 350 grammes.

La prostate est de consistance un peu ferme, elle est nettement circonscrite à sa partie supérieure. Le lobe droit présente dans sa partie basale deux bosselures de la grosseur d'une petite noisette, de consistance un peu plus ferme que le reste de la glande. Le lobe gauche est lisse, sans bosselures.

De chaque côté le malade a une hernie inguinale. La veille de l'opération les urines deviennent sanglantes.

OPÉRATION. — 1^{er} février 1904. — Prostatectomie périnéale.

Incision habituelle bi-ischiatique. Mise à nu de la face postérieure de la prostate. Incision médiane en arrière de la portion membraneuse de l'urètre ; on introduit le désenclaveur de Young. La prostate abaissée s'énuclée facilement, chaque lobe séparément.

Drain vésical. Tamponnement iodoformé de la plaie.

Poids de la prostate enlevée : 40 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Le lendemain de l'opération le malade a encore des intermittences cardiaques.

Le drain un peu sorti est repoussé dans la vessie. Les urines qui s'écoulent par le drain ne contiennent pas de sang, mais il s'en écoule encore un peu par le méat. Lavage de la vessie.

5. — On enlève les mèches profondes. Le soir : 38°5 ; testicule gauche douloureux. On continue les lavages.

8. — L'orchite est en voie de disparition.

9. — On enlève le drain et l'on met à demeure, en se servant du mandrin, une sonde béquille n° 17.

17. — On retire définitivement la sonde à demeure. Dans la journée et dans la nuit le malade urine deux litres d'urine par la verge sans mouiller son pansement.

19. — Il coule quelques gouttes d'urine par la plaie à chaque miction.

21. — Le malade a uriné deux litres et demi par la verge : rien n'est passé par le périnée.

Les urines sont légèrement troubles : on fait un lavage au nitrate d'argent.

26. — Le malade urine toutes les heures, aussi bien le jour que la nuit, mais sans avoir de besoin pressant. Ses urines sont à peine troubles ; il a un résidu de 75 grammes. On passe les béniqués 46, 47 et 48.

Les jours suivants on continue les lavages et les béniqués.

Le malade sort le 7 mars urinant toutes les deux heures, le jour comme la nuit : ses urines sont claires : il n'a plus que 20 grammes de résidu.

Suites opératoires éloignées. — Nous revoyons le malade le 3 juin 1904, c'est-à-dire 4 mois après son opération. Il nous raconte que deux jours après être sorti de l'hôpital il a fait une chute en glissant dans l'escalier de sa maison. Il est tombé sur le siège et n'a pas pissé de sang à la suite de cet accident. Pendant 3 mois il alla très bien, urinant toutes les 2 ou 3 heures dans la journée, une ou deux fois seulement la nuit.

Depuis un mois les mictions sont devenues très fréquentes : tous les quarts d'heure le jour ; la nuit les mictions sont beaucoup plus espacées et il n'urine guère qu'une fois ou deux vers 4 heures du matin.

Depuis 15 jours il va à la consultation de l'hôpital Necker où on lui vide sa vessie chaque matin et où on lui fait un lavage au nitrate d'argent ; il a, dit-il, 40 grammes de résidu et des urines claires, sauf les dernières gouttes qui sont laiteuses.

Nous voulons sonder le malade avec une béquille n° 17, nous sommes arrêtés au niveau de la région périnéo-bulbaire. Tous les explorateurs au dessus du numéro 13 sont arrêtés également à ce niveau ; la boule de l'explorateur est nettement sentie à travers le périnée, au-dessus de la cicatrice. L'olive n° 12 franchit une série de rétrécissements en échelle dont un excessivement dur : au retour il faut tirer fortement sur l'ex-

plorateur pour lui faire franchir la bride qui l'arrête et qu'une pression pourtant douce lui a fait franchir à l'aller.

Cet homme a bon appétit, il va bien à la selle.

OBS. XXIX. — *Hypertrophie prostatique. — Une attaque de rétention aiguë un an avant d'entrer à l'hôpital. — Actuellement rétention incomplète avec distension vésicale. — Prostatectomie périnéale. — Persistance d'une rétention faible (40 à 50 gr.). — Guérison.*

F..., âgé de 50 ans, entre le 2 février 1904 dans le service des voies urinaires de Lariboisière parce qu'il urine tous les quarts d'heure et que ses mictions sont très douloureuses.

Il y a un an cet homme a eu une crise de rétention aiguë et depuis il a dû cesser son travail parce que jour et nuit il doit pisser à chaque instant. Avant cet accident il urinait bien 3 ou 4 fois dans la nuit, et cela depuis 6 mois environ, mais cette fréquence nocturne des mictions n'avait pas attiré son attention. Au contraire depuis sa crise de rétention complète il doit faire des efforts pour uriner, souffre au début et surtout à la fin de chaque miction : son jet n'a plus aucune force, ses urines sont troubles. Il a maigri, a perdu l'appétit, est toujours constipé.

Dès le début il vint à la consultation du service où plusieurs fois par semaine on lui lava la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent. En plus de cela il se sonde deux fois par jour avec une sonde Nélaton n° 17.

Au mois d'octobre dernier ce malade fait un séjour de trois semaines dans la salle Civiale où on le mit à la sonde à demeure : M. Hartmann à cette époque lui proposa la prostatectomie, il refusa.

Aujourd'hui il entre pour se faire opérer.

Son état est resté stationnaire malgré les soins qui lui ont été donnés à la consultation du service : il urine tous les quarts d'heure, souffre plus que jamais à la fin de la miction, ses urines sont excessivement troubles.

La sonde béquille n° 17 accroche un peu dans la région prostatique et pénètre dans la vessie : il s'écoule 550 grammes d'urines troubles et sentant mauvais.

Sa prostate est grosse ; le lobe gauche un peu bosselé a une consistance un peu dure ; le lobe droit est moins développé, il est également légèrement bosselé.

Les reins ne sont pas sentis.

Pas de température. Sonde à demeure.

Lavages de la vessie matin et soir.

10 février. — On pratique l'épreuve du bleu. L'élimination commence une heure après l'injection et dure 72 heures sans arrêts.

14. — La sonde étant sortie ne peut être introduite qu'avec le mandrin ; cette petite opération amène chez le malade une légère élévation de température qui n'est que passagère.

OPÉRATION. — 19 février 1904. — Prostatectomie périnéale.

L'opération n'offre rien de particulier à noter ; la prostate est abaissée

avec le désenclaveur de Young ; les deux lobes sont énucléés facilement. Drain périnéal et tamponnement iodoformé comme à l'ordinaire.

Suites opératoires immédiates. — Pas de température les jours qui suivent l'opération ; matin et soir la vessie est lavée à l'eau boriquée. Le 3^e jour les mèches profondes sont enlevées et remplacées par un pansement à plat.

25. — Le drain est retiré et remplacé par une sonde à demeure que l'on met en place avec le mandrin. Le soir la température monte à 38°, elle redescend le lendemain à 37°.

26. — On constate que la sonde à demeure a mal fonctionné, la plus grande partie de l'urine ayant coulé par la plaie ; on met une nouvelle sonde avec le mandrin et on cherche à injecter de l'eau boriquée dans la vessie : dès que celle-ci contient 10 grammes de liquide elle entre en tension et l'eau boriquée s'échappe aussitôt par la plaie.

Le lendemain on constate que la sonde qu'on a mis la veille n'a pas mieux fonctionné que la première ; toute l'urine s'est écoulée par la plaie. Une nouvelle sonde, introduite sans mandrin, franchit facilement l'urètre prostatique et butte aussitôt contre le fond de la vessie. On renonce alors à la sonde à demeure et l'on fait une instillation intravésicale de 20 gouttes de nitrate d'argent à 1 0/0.

Pendant quatre jours le malade perd ses urines goutte à goutte par la plaie sans ressentir d'envie d'uriner : on continue chaque jour les instillations de nitrate d'argent.

5 mars. — Le malade commence à avoir des envies d'uriner qui surviennent tous les quarts d'heure ; il urine un peu par la verge, en grande partie par le périnée. Une injection d'eau boriquée passée lentement dans la vessie montre que celle-ci n'entre en tension qu'avec 60 grammes de liquide. Instillation de nitrate d'argent.

7 — A 11 heures du matin le malade a uriné en 5 heures environ 600 grammes d'urines légèrement troubles par la verge. Il n'a pas de résidu vésical.

13. — Les urines s'écoulent entièrement par la verge ; la plaie périnéale est en bonne voie de cicatrisation. Mictions toutes les heures sans douleur. Capacité vésicale : 75 grammes. Instillation de nitrate d'argent.

19. — On commence à passer des béniqués ; il faut se servir des béniqués avec conducteur : le bec de l'instrument butant contre des brides prostatiques, on ne peut en abaisser le manche.

Les jours suivants on continue les béniqués tous les deux jours.

26. — Le malade quitte le service ; il urine toutes les deux heures, a une capacité vésicale de 240 grammes et n'a plus que 50 grammes de résidu. Les urines sont encore un peu troubles. Sa plaie est presque complètement cicatrisée.

Suites opératoires éloignées. — Le malade vient nous voir le 10 avril. Il a engraisé, a bon appétit, va régulièrement à la selle tous les jours. Le jour il urine toutes les heures sans difficulté, la nuit toutes les heures et demie mais en poussant un peu. Son jet est fort.

Nous tentons vainement ce jour-là de sonder le malade avec une bécuille n° 18 ; comme son urètre saigne un peu nous le prions de revenir dans quelques jours et nous n'insistons pas.

18 avril. — Le malade revient ; il urine toutes les deux heures, le jour comme la nuit, il n'a pas d'incontinence. Nous faisons pisser le malade devant nous et nous constatons que son jet jaillit au moins à un mètre et qu'il conserve sa force jusqu'à la fin de la miction. Les urines sont à peine louches.

Avec le grand mandrin courbe nous introduisons une bécuille n° 18 et après avoir vidé complètement la vessie nous injectons lentement de l'eau boriquée : la vessie entre en tension avec 230 grammes de liquide. Suivant notre habitude nous faisons pisser le malade immédiatement et nous retirons sitôt la miction terminée 40 grammes de liquide.

La cicatrice est maintenant complètement fermée : elle est souple.

Par le toucher rectal nous constatons que la paroi antérieure du rectum est résistante, mais souple.

Cet homme n'a pas eu une seule érection depuis son opération.

Le malade a été revu le 29 juin ; comme nous le prévoyions son résidu vésical a encore diminué, il est actuellement de 15 grammes.

La santé est bonne. Il n'a toujours pas d'érections.

OBS. XXX. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète d'urine. Une crise de rétention aiguë antérieure. — Vessie incrustée. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.*

Le nommé Ch... Laurent, 62 ans, entre le 9 avril 1904, dans le service Civile, parce que ses mictions sont fréquentes et douloureuses.

Depuis de nombreuses années cet homme se levait la nuit pour uriner, mais il n'y attachait aucune importance, lorsque subitement il y a 3 ans il eut une crise aiguë de rétention complète d'urine. Il dut être sondé.

Depuis cet accident le malade a commencé à être fortement incommodé par ses troubles de la miction ; il urinait assez facilement dans la journée, mais la nuit il devait se sonder, ne pouvant uriner spontanément.

Depuis 6 semaines ses urines sont troubles : chaque miction lui procure une sensation de brûlure dans la verge ; l'issue des dernières gouttes d'urine est particulièrement douloureuse.

Actuellement le malade urine toutes les demi-heures ; ses urines sont excessivement troubles. Son urètre est libre au n° 20. La boule de l'explorateur en pénétrant dans la vessie frotte contre son corps rugueux.

Par le cathétérisme on retire de la vessie, le malade venant d'uriner, 45 grammes d'urines très troubles, laiteuses. 60 grammes d'eau boriquée suffisent pour mettre sa vessie en tension.

Avec l'explorateur métallique on constate que la vessie est incrustée en plusieurs points de sa paroi. Cette exploration détermine un léger suintement sanguin de la paroi vésicale.

Par le toucher rectal on sent la prostate énorme, faire saillie dans le rectum ; elle est lisse et de consistance ferme quoique très légèrement dépressible. Sonde à demeure.

13 avril. — On injecte 1 centimètre cube de bleu ; l'élimination à l'état de chromogène se fait d'une façon régulière.

OPÉRATION. — 23 avril 1904. — Prostatectomie périnéale.

Poids de la prostate : 89 grammes.

Suites opératoires immédiates. — Matin et soir la vessie est lavée à l'eau boricquée.

26. — Les mèches profondes sont enlevées, la plaie ne suinte pas, on fait un pansement à plat.

29 — Le drain est enlevé et on met facilement une sonde à demeure sans se servir du mandrin.

4 mai. — Le malade a 40° le matin : sa sonde s'est bouchée dans la nuit. Une nouvelle sonde introduite dans la vessie donne issue à un flot d'urines excessivement troubles. Instillation de nitrate d'argent.

8. — La sonde à demeure est enlevée : le malade urine toutes les deux heures par la verge, mais souffre toujours à la fin de chaque miction, on continue les instillations de nitrate d'argent.

11. — On commence à passer de gros béniqués.

13. — On ne peut sonder le malade comme d'habitude et il faut employer le mandrin pour faire pénétrer la sonde dans la vessie.

Il urine toujours toutes les deux heures ; ses urines sont troubles.

16. — Le malade a des vomissements verdâtres : depuis la veille il n'a rendu par l'anus ni matières ni gaz ; son pouls est petit ; 120 pulsations à la minute. On lui donne un lavement qui ne produit aucun effet. On porte le diagnostic d'étranglement interne et on fait une laparotomie. Une anse grêle est en effet engagée dans un repli péritonéal ; libération de l'anse intestinale : fermeture de la paroi.

Les suites ont été parfaites, les matières et les gaz ont repris leur cours normal et aujourd'hui (3 juin) le malade va très bien. La vessie s'est aussi très améliorée, il ne souffre plus en urinant ; il urine toutes les 3 ou 4 heures aussi bien le jour que la nuit et n'a pas d'incontinence. Les urines sont claires ; il n'a pas de résidu vésical.

10 juin. — Le malade quitte le service complètement guéri ; ses plaies abdominales et périnéales sont fermées. Il urine seul et facilement toutes les trois heures dans la journée, une fois ou deux la nuit : sa vessie se vide à chaque miction ; ses urines sont claires.

OBS. XXXI. — *Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète d'urine avec distension énorme de la vessie. — Hématurie. — Taille hypogastrique et ablation du lobe moyen de la prostate.*

Ch... Auguste, 50 ans, entre le 20 avril 1904, dans le service de M. le Dr Hartmann pour de la douleur et de la fréquence de la miction.

Le 1^{er} avril cet homme est venu à la consultation parce qu'il était

obligé de se lever 5 ou 6 fois la nuit pour uriner ; quelquefois il lui arrivait de perdre, en dormant, son urine sans s'en apercevoir. Dans la journée il urinait seulement 4 ou 5 fois. La miction se faisait sans efforts ; elle n'était douloureuse ni au début ni à la fin ; le jet d'urine était assez fort.

A la consultation on trouva sa vessie très distendue, remontant jusqu'à l'ombilic. Avec une sonde béquille n° 20 on le sonda et on retira 2 litres d'urines troubles et fétides.

Tous les jours le malade vint se faire sonder et laver la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent.

Depuis 5 jours les mictions sont devenues très douloureuses et très fréquentes. Comme sa vessie était vidée le matin à la consultation, le malade restait sans envie d'uriner jusqu'à 5 heures du soir ; mais à partir de cette heure il était pris toutes les demi-heures, quelquefois plus souvent, d'envies pressantes d'uriner ; il ressentait alors de violentes douleurs dans la verge, à tel point qu'il devait s'accrocher aux objets qui étaient autour de lui. L'urine ne commençait à s'écouler qu'après environ une minute d'efforts ; cela durait jusqu'à 2 heures du matin, puis la fréquence et les douleurs diminuaient un peu.

Le 18 avril au soir, le malade étant resté 36 heures sans se faire sonder, il rendit spontanément par la verge des urines sanguinolentes, contenant de gros caillots. Toute la nuit du 18 au 19 le malade urina du sang. Le 19 au matin l'hématurie s'arrêta d'elle-même.

Le début des accidents urinaires semble remonter chez ce malade à 5 ou 6 mois seulement. A cette époque il commença à se lever 3 ou 4 fois dans la deuxième partie de la nuit ; dans la journée il vaquait à ses occupations sans rien remarquer d'anormal dans ses mictions.

A 23 ans il a eu une blennorrhagie ; une bronchite l'année dernière et une autre cette année.

Rien de particulier dans ses antécédents familiaux.

Actuellement le malade urine tous les quarts d'heure ; il n'y a pas de sang dans les urines qui sont dans son bocal.

Par le palper abdominal on sent le globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic.

L'urètre se laisse facilement franchir avec un explorateur n° 20 (Il est impossible de mesurer la longueur de la traversée prostatique). Le cathétérisme pratiqué immédiatement avec une béquille n° 20 donne issue à 2 litres d'urines excessivement troubles et contenant des débris de muqueuse vésicale. La sonde est fixée à demeure.

La queue de l'épididyme gauche présente une légère induration. Les reins ne sont sentis ni à droite ni à gauche.

Par le toucher rectal on sent la prostate petite, étalée, faisant une saillie à peine marquée dans le rectum.

L'examen cystoscopique pratiqué la veille a permis de voir un lobe moyen faisant une saillie considérable dans la vessie (Luys).

L'épreuve du bleu pratiquée le lendemain montre que les reins fonctionnent régulièrement.

OPÉRATION. — 6 mai 1904. — Prostatectomie hypogastrique. Taille hypogastrique. La vessie ouverte on voit surmontant l'orifice du col, et constituant une sorte de barre à direction transversale, un repli, sorte de bourrelet épais comme un gros crayon. Eraillure de la muqueuse et ablation par morceaux d'une prostate petite jusqu'au moment où le doigt intra-vésical sent le poing de l'aide qui refoule en haut le périnée, sans interposition de tissu glandulaire. Sonde de Pezzer. Tubes syphons à l'hypogastre, et réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires immédiates. — Le 24 les drains sont retirés, on met une nouvelle sonde à demeure.

3 juin. — On retire définitivement la sonde à demeure ; dans la journée et dans la nuit le malade urine toutes les heures et très facilement par la verge.

4. — On s'aperçoit qu'il s'écoule un peu d'urine par sa fistule hypogastrique, on remet une nouvelle sonde à demeure.

Obs. XXXII. — *Hypertrophie moyenne de la prostate. — Rétention incomplète d'urine avec distension vésicale. — Prostatectomie périnéale. — Malade encore en traitement.*

P... Victor, 64 ans, entre le 29 avril 1904, dans le service de M. le Dr Hartmann, parce qu'il urine toutes les dix minutes.

Il y a 3 ans cet homme a dû commencer à se lever 3 ou 4 fois dans la deuxième partie de la nuit pour uriner : dans le jour il urinait seulement toutes les quatre heures.

Depuis deux ans les mictions sont devenues excessivement fréquentes : toutes les demi-heures, quelquefois tous les quarts d'heure : le jet est faible et long à venir ; le malade doit faire des efforts qui amènent l'issue de matières et de gaz : la fin de la miction est douloureuse.

Depuis 4 mois le malade urine toutes les dix minutes : il sent bien le besoin d'uriner, mais il ne peut y résister même quelques secondes et pisse souvent dans son lit ou dans ses vêtements.

Actuellement le malade est toujours dans le même état : il n'a pas d'appétit, sa langue est un peu sèche. On le sonde à son entrée avec une béquille n° 19 et on retire de sa vessie 750 grammes d'urines très troubles : on fixe la sonde à demeure.

Sa prostate est de grosseur moyenne, de consistance souple, régulière. Le lobe droit semble un peu plus développé que le gauche.

OPÉRATION. — 10 mai 1904. — Prostatectomie périnéale. Incision curviligne pré-anale. Mise à nu rapide de la face postérieure de la prostate. Désenclaveur de Young. Ablation facile d'une prostate de moyen volume.

Drain périnéal et tamponnement de la plaie.

Suites opératoires immédiates. — Le 13 les mèches profondes sont enlevées.

16. — Une sonde à demeure est mise sans mandrin. Lavage de la vessie.

31. — La sonde est enlevée. Le malade urine toutes les demi-heures très facilement.

Pas de résidu. Les urines sont un peu troubles : 4 litres en 24 heures. On sent très nettement le pôle inférieur du rein droit.

16 juin. — Le malade quitte le service ; il urine facilement et sans douleur toutes les deux heures environ, le jour comme la nuit.

Les urines sont encore un peu troubles, mais il vide bien sa vessie.

Les 16 malades que nous venons de voir sont loin de présenter la même homogénéité que ceux que nous avons classés dans les deux catégories précédentes. Nous n'insisterons pas sur leur âge, le plus jeune avait 50 ans, le plus vieux 84 ans ; en moyenne ils avaient de 62 à 70 ans.

Le début de leurs troubles urinaires remonte à une date plus ou moins lointaine : 3 mois, 15 ans, la plupart 4 ou 5 ans ; 7 parmi eux avaient eu au moins une crise de rétention complète avant d'entrer à l'hôpital, les autres s'étaient acheminés progressivement vers la rétention incomplète avec ou sans distension : un seul avait un calcul vésical.

A quelle époque ces malades ont-ils commencé à ne plus vider leur vessie, il serait difficile de le dire. Comme beaucoup de prostatiques ils ont passé d'une façon insensible de la première à la deuxième période. Quoi qu'il en soit, tous ces malades avaient des urines troubles au moment de leur entrée à l'hôpital ; chez quelques-uns elles étaient franchement purulentes ; 5 seulement avaient ou avaient eu des hématuries ; 3 présentaient des signes très nets de cystite aiguë avec capacité vésicale faible ; tous les autres avaient un résidu plus ou moins considérable, 3 litres 1/2. 2 litres, 1.500 grammes, etc., jusqu'à 200 grammes.

La pyéolo-néphrite était certaine chez 4 de ces malades ; elle se manifestait par une augmentation du volume du rein droit le plus souvent, de la douleur à la palpation lombaire et de la polyurie.

Nous n'insisterons pas sur le volume de la prostate, trois

fois seulement nous l'avons trouvée petite ; dans tous les autres cas elle était moyennement hypertrophiée.

L'état général de tous ces malades était mauvais au moment de leur entrée à l'hôpital ; ils n'avaient plus d'appétit, étaient constipés, avaient perdu leurs forces, avaient de la fièvre et chez un seul la sonde à demeure la fit disparaître ; deux étaient arrivés à la dernière période de la cachexie urineuse et avaient un pouls très irrégulier.

Parmi ces 16 malades, 6 ont été opérés par la voie hypogastrique et 10 par le périnée. 3 fois seulement la prostate a pu être enlevée complètement après ouverture de la vessie : c'est ainsi qu'on a pu énucléer un petit lobe médian et deux prostates de 29 et 68 grammes. La dernière appartenait à un malade opéré quelque temps avant, suivant la méthode de Bottini et qui avait, depuis cette intervention, des hématuries très fréquentes.

Dans les 3 autres cas on s'est contenté d'enlever seulement le lobe moyen au bistouri et de régulariser avec le thermocautère la rigole faisant communiquer le col vésical et le bas-fond. Deux fois, pour faciliter le drainage, on a fait en plus une taille périnéale et ouvert l'urètre prostatique.

De ces 6 opérés, un est mort 20 jours après son opération, au milieu d'accidents délirants ; c'était un vieillard de 84 ans qui, en se sondant, avait laissé un bout de sonde dans la région profonde de son urètre ; il avait des urines extrêmement troubles et sanglantes, de la fièvre, de la pyélo-néphrite, des reins qui n'éliminaient plus le bleu.

Les 10 autres malades ont tous subi la prostatectomie périnéale, le plus ancien a été opéré il y a 2 ans, le plus récent il y a 2 mois.

Chez 8 de ces malades la prostate a pu être énucléée facilement, dans les deux autres cas elle a dû être morcelée et son ablation a été très incomplète. Aucun incident n'est venu compliquer l'acte opératoire.

Les malades à qui on a fait une prostatectomie hypogas-

trique ont été drainés avec des tubes Perrier-Guyon, on y a joint un drainage périnéal dans deux cas seulement.

Tous les prostatectomisés par la voie périnéale ont gardé pendant 6 à 10 jours un gros tube cysto-périnéal : le tube enlevé ils ont été drainés par la sonde à demeure pendant une douzaine de jours en moyenne.

Chez un de ces malades (obs. XXVII) il s'est produit secondairement le lendemain du jour où la sonde fut mise en place une perforation de la face antérieure du rectum.

Rapidement, nous avons vu les urines s'éclaircir chez tous nos opérés, sauf chez ceux dont les reins étaient infectés (obs. XXIII, XXV et XXXII), chez le malade ayant une fistule uréthro-rectale et chez un autre qui a conservé pendant longtemps une cystite assez intense (obs. XXIX).

L'orchite n'est venue qu'une seule fois compliquer les suites opératoires de nos prostatectomies.

Sous l'influence du drainage de la vessie nous avons vu la température baisser immédiatement, l'état général s'améliorer et les deux malades qui, la veille de l'intervention avaient des intermittences cardiaques telles qu'on hésitait à les opérer, avaient recouvré au bout de 3 jours la régularité de leur pouls.

La sonde enlevée, tous nos malades ont uriné spontanément et facilement sauf un seul (obs. XX), dont la prostate n'avait été que partiellement enlevée et qui est toujours resté depuis en rétention complète. Deux ont eu de l'incontinence d'urine pendant quelques jours (obs. XXVII et XXVIII).

Exception faite du malade ayant une fistule recto-urétrale, tous nos opérés avaient des urines claires ou à peine louches au moment de leur sortie de l'hôpital : 8 vidaient complètement leur vessie, 3 avaient un résidu faible ou insignifiant, 2 avaient un résidu assez considérable (50 et 125 gr.).

Parmi ces 15 malades, un est mort en décembre 1903 d'hémorrhagie cérébrale, c'est-à-dire deux ans après son opération. Cet homme était un vieux rétentionniste atteint

de cystite que ni les lavages, ni les instillations n'avaient pu améliorer : il avait des hématuries terminales et de la fièvre malgré la sonde à demeure.

L'ablation du lobe moyen de sa prostate lui permit de vivre pendant deux ans sans troubles de la miction, sans avoir besoin de se sonder une seule fois.

14 de ces opérés vivent donc encore actuellement ; 4 d'entre eux appartiennent au groupe de ceux qui ont été opérés par la voie hypogastrique, un de ceux-ci nous a quittés il y a 3 mois en bonne santé, vidant bien sa vessie et ayant des urines claires, il n'a pas laissé d'adresse. Un autre est encore en traitement dans le service, nous ne nous en occuperons pas. Les deux derniers ont été vus il y a peu de temps.

L'un d'eux (obs. XIX), opéré il y a 2 ans, est resté 18 mois sans souffrir, urinant bien ; c'est alors qu'il a fait une nouvelle crise de rétention complète : depuis il garde un résidu de 50 grammes, ses urines sont troubles, il maigrit de nouveau et perd ses forces ; par le toucher on sent deux gros lobes prostatiques : c'est un malade que M. Hartmann se propose d'opérer de nouveau par la voie périnéale.

L'autre malade (obs. XXIII) se porte bien, ses urines sont claires, il n'a pas de résidu vésical.

Des 10 opérés par la voie périnéale, un a quitté le service il y a deux mois avec une fistule recto-urétrale (obs. XXVII) et n'a pas été revu : tous les autres ont été examinés.

Le malade de l'observation XX est toujours en rétention complète ; son état général est parfait, il n'a besoin de se sonder que trois fois par jour, ses urines sont claires. Il est évident que cet homme ne pourra jamais uriner qu'avec le secours de la sonde.

Un autre malade (obs. XXII), dont le lobe gauche a été seul enlevé et encore incomplètement, garde un résidu de 180 grammes et se sonde de temps en temps : sa polyurie a diminué et ses urines sont à peine troubles ; d'ailleurs son état général est excellent depuis un an et demi, époque à laquelle il a quitté le service.

Parmi les 7 derniers, deux ont encore un résidu appréciable (40 gr.). Le premier (obs. XXVIII) qui nous avait quitté avec 20 grammes de résidu et des urines claires a fait une chute sur le périnée le jour même de sa sortie et a actuellement un rétrécissement assez serré de la région périnéo-bulbaire et des urines troubles. Nous croyons que la cystite dont il souffre maintenant ainsi que sa rétention incomplète sont tributaires de son rétrécissement et qu'une uréthrotomie interne, suivie de dilatation progressive, le guérira rapidement.

L'autre malade (obs. XXIX) avait eu un retour offensif de son ancienne cystite malgré le drainage vésical ; très amélioré par les instillations de nitrate d'argent et les sondages journaliers, il a vu diminuer son résidu vésical en même temps que les urines devenaient de moins en moins troubles.

Les 5 derniers opérés appartenant à ce groupe sont dans un état de santé parfaite ; ils n'ont pas de résidu et leurs urines sont claires, hormis le malade de l'observation XXIV dont les reins étaient assez fortement touchés.

En résumé, si nous totalisons, nous comptons 1 mort. 7 guérisons complètes, 1 amélioration et 7 guérisons incomplètes dont 2 vont probablement se compléter. On voit donc, qu'ici encore, la prostatectomie a rendu de grands services à nos malades au point de vue de l'état général comme au point de vue du caractère des urines et de l'évacuation de la vessie, puisque l'intervention n'a été décidée qu'après qu'on eût employé sans succès les moyens ordinaires dont nous disposons.

Sans doute, on peut regretter de ne pas compter plus de résultats entièrement parfaits, mais lorsque l'on considère l'état de bien-être dans lequel se trouvent ces malades souffrant autrefois à chaque miction, obligés d'uriner à tout moment, privés de sommeil et de repos, on ne peut que s'applaudir d'être intervenu chirurgicalement chez eux.

STATISTIQUE GÉNÉRALE

Nombre des opérés : 32.

Morts : 4. — Un (obs. X) d'accidents cardiaques ; trois (obs. XI, XII, XVII) d'infection urinaire. Ces trois malades, dont un avait 84 ans, étaient dans un état cachectique très avancé, avaient une vessie et des reins infectés depuis fort longtemps : ils éliminaient mal le bleu.

Chez deux d'entre eux, on s'était contenté de faire une taille hypogastrique (obs. XI et XVII) et d'enlever le lobe médian de la prostate ; un seul a été opéré par la voie périnéale (obs. XII).

Guéris complètement : 16 (mictions normales, pas de résidu ou résidu insignifiant, urines claires, état général parfait).

Améliorés et en bonne voie de guérison : 7.

Résultats nuls : 3.

Malades non suivis : 1.

Malades encore en traitement : 1.

Si donc nous mettons de côté les quatre malades morts dans nos salles pour les raisons que nous avons indiquées, ainsi que les deux derniers opérés qui figurent sur notre statistique, nous voyons que sur 26 prostatiques opérés, nous avons obtenu 16 fois une guérison complète, 7 fois une amélioration qui ne fait que s'accroître chaque jour, et 3 fois un résultat nul.

Rappelons que dans ces trois derniers cas la prostate a dû être morcelée et n'a pu être enlevée en totalité.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES DE LA PROSTATECTOMIE

I. — PROSTATECTOMIES HYPOGASTRIQUES

Ainsi qu'on a pu le voir dans les observations des 32 opérés dont nous avons rapporté l'histoire en détail, la voie hypogastrique n'a été employée que six fois pour enlever la prostate. Deux fois on a ouvert la vessie pour enlever un corps étranger (calcul, fragment de sonde). On a profité de cette intervention pour enlever rapidement ce qu'on pouvait de la prostate ; c'est ainsi que la partie juxta-vésicale de la glande a été extirpée chez le malade de l'observation XVII, qu'une barre prostatique a été enlevée chez le malade de l'observation XXIII et le bas-fond vésical mis largement en communication avec le col par une rigole profonde creusée au thermo-cautère.

Une autre fois il s'agissait d'enlever une tumeur vésicale que le cystoscope avait montré implantée sur le lobe gauche de la prostate. Les deux lobes étaient gros (ils pesaient 68 gr.), fortement saillants dans la cavité vésicale. L'extirpation fut facile, rapide et complète. Dans les trois derniers cas, on s'est trouvé deux fois en présence d'une prostate petite et hypertrophiée aux dépens de la partie bordant le col vésical, une fois en présence d'une grosse prostate chez un rétentionniste à vessie énormément distendue (3 litres $1/2$) et faisant des poussées continues de température.

Peut-être chez ce dernier eut-on pu employer la voie périnéale et faire une extirpation complète, mais ce malade était dans un état de cachexie assez avancée : on n'osait à cette époque (avril 1902), par crainte du choc opératoire, intervenir par le périnée chez des malades aussi affaiblis. Il est probable qu'aujourd'hui, avec l'expérience et la grande

habileté qu'il a acquises, M. Hartmann ferait dans les mêmes conditions une prostatectomie périnéale.

Quoi qu'il en soit, dans chacun de ces trois cas la prostatectomie a été incomplète ; le lobe médian a été sectionné, le bas-fond mis en communication avec le col vésical. Deux fois on a complété le drainage en faisant une boutonnière périnéale (obs. XVII et XIX).

Nous n'insisterons pas sur les résultats opératoires de ces six prostatectomies ; un de ces opérés est mort le 20^e jour qui a suivi l'opération ; c'était un malade dont tout l'appareil urinaire était infecté depuis longtemps, nous en avons déjà parlé plusieurs fois. Des cinq autres un est encore en traitement dans nos salles ; il est en bonne voie de guérison.

Les quatre derniers ont très bien supporté l'opération : leurs plaies abdominales et périnéales se sont cicatrisées sans fistule, leurs urines ne contenaient plus de sang 3 ou 4 jours après l'opération. Nous sommes fixés depuis longtemps sur la façon dont guérissent ces malades, la taille hypogastrique étant une opération ancienne et souvent pratiquée. Je n'insisterai donc pas, ayant hâte d'en arriver à la prostatectomie périnéale.

II. — PROSTATECTOMIES PÉRINÉALES

§ 1. — Considérations anatomiques.

Avant d'aborder l'étude des résultats opératoires que nous avons constatés chez nos 26 prostatectomisés par la voie périnéale, nous voulons attirer l'attention sur quelques points d'anatomie pathologique intéressants pour le chirurgien, aussi bien au point de vue de l'opération elle-même que des résultats cliniques qui suivent la prostatectomie périnéale.

De la prostate elle-même nous ne dirons rien que tout le monde ne sache déjà : les différentes formes d'hypertrophie qu'ont décrites les auteurs ont été retrouvées au cours des

prostatectomies que nous avons vu faire depuis trois ans. Le poids des prostates enlevées n'offrait rien de bien spécial ; quelques-unes étaient petites, la plupart pesaient de 50 à 90 grammes : nous retrouvons ici la confirmation de ce que M. le professeur Guyon enseigne depuis longtemps : c'est que la forme et la topographie de l'obstacle jouent, plus encore que le volume de cet obstacle, un rôle important dans la pathogénie des troubles de la miction qui accompagnent l'hypertrophie de la prostate.

Nous voudrions insister davantage sur la capsule de la prostate et sur la variété des connexions qu'offre la glande hypertrophiée avec les tissus qui l'entourent.

On sait que la prostate se développe d'abord en arrière, puis sur les côtés de la portion initiale de l'urètre en refoulant devant elle les tissus qui l'entourent : les deux bourgeons qui deviendront plus tard les lobes latéraux de la prostate vont ainsi à la rencontre l'un de l'autre, au-dessous du col vésical, autour de l'urètre. Ils arrivent à se toucher sans se fusionner : point important pour le chirurgien, qui, lorsqu'il aura à énucléer une prostate hypertrophiée aux dépens de ses lobes latéraux, saura qu'en avant de l'urètre la loge prostatique est cloisonnée, que par conséquent le doigt qui décolle chaque lobe peut faire séparément le tour de chacun d'eux en partant de la face latérale pour finir par la face urétrale. Ainsi développée, la prostate se trouve enfermée dans un sac aponévrotique formé en arrière par l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers, latéralement par les lames sacro-recto-génitales, qui s'étendent du pubis au sacrum. Or ces dernières, sur les parties latérales de la prostate, contiennent et abritent d'importants plexus veineux dont la blessure au cours de la prostatectomie est gênante pour l'opérateur qui ne voit plus ce qu'il fait, et dangereuse pour le malade qui souvent est un vieillard déjà trop épuisé par une longue infection.

Il est bien évident que l'opération ne sera rapide et facile

que si la prostate se laisse facilement séparer de ce que l'on est convenu d'appeler sa capsule, qu'au contraire son extirpation sera longue et pénible, et aura des chances d'être incomplète, si les adhérences entre la glande et les lames aponevrotiques qui l'entourent sont telles qu'il faille tailler en pleine masse avec les ciseaux et sculpter l'urètre dans une prostate qui saigne abondamment et dont on distingue mal les limites.

Sinon nous reportons à nos observations, nous voyons que 2 fois le morcellement a été fait systématiquement, que 16 fois la prostate a pu être énucléée, que 8 fois cette énucléation n'a pu être faite et qu'on a dû avoir recours au morcellement.

Or dans ces 8 derniers cas, 4 fois le morcellement a pu être complet et 4 fois on a dû se contenter d'enlever seulement quelques fragments de prostate. Une fois sur deux par conséquent, lorsqu'il a fallu morceler, l'opération n'a été que partielle. Nous dirons plus loin quelle importance a, au point de vue de l'évacuation complète de la vessie, l'ablation totale de la prostate hypertrophiée.

On voit donc l'importance qu'offrent, au point de vue opératoire, les rapports plus ou moins étroits qui peuvent s'établir entre la prostate et sa capsule au cours du développement hypertrophique de cet organe.

Deux fois sur trois une lame de tissu lâche que le doigt dilacérait facilement séparait la prostate hypertrophiée de son enveloppe ; celle-ci était encapsulée, au sens chirurgical du mot ; une fois sur trois prostate et capsule formaient une seule masse fortement réunie par des adhérences difficilement décollables ou même tout à fait inséparables.

De ces cas nous ne retiendrons que les quatre derniers où le morcellement fut incomplet. Une fois la vessie contenait des calculs : une autre fois il s'agissait d'un vieux prostatique, en rétention complète depuis 22 ans ; dans les deux

autres cas on se trouvait en présence de prostates petites, dures, étalées et faisant à peine saillie dans le rectum.

Pouvons-nous en conclure que toujours dans des cas semblables l'opération présentera des difficultés particulières du fait des adhérences qui unissent la prostate à sa capsule ? Nous le croirions volontiers. Parmi les 4 malades dont la prostate morcelée, complètement il est vrai, a offert de grandes difficultés à l'extraction, nous trouvons en effet notre deuxième calculeux, et deux prostates présentant les mêmes caractères de dureté au toucher rectal.

Nous passerons sous silence les différentes modifications qu'offre l'urètre prostatique lorsque la prostate est hypertrophiée, cette description se trouvant dans tous les traités de chirurgie, et nous aborderons immédiatement l'étude des résultats opératoires de la prostatectomie périnéale.

§ 2. — Résultats opératoires.

Les résultats opératoires de la prostatectomie périnéale doivent être étudiés à plusieurs points de vue.

Comment se cicatrise la plaie périnéale, et quelles sont les complications que l'on peut voir surgir du fait de l'infection permanente de cette plaie au cours de sa cicatrisation par les urines septiques et les matières fécales ? Quel est l'aspect de cette plaie cicatrisée et dans quelles proportions gêne-t-elle le malade ? Quelle sensation donne le toucher rectal après la prostatectomie ? Quelles sont les modifications apportées à l'anatomie de l'urètre prostatique par l'ablation de la prostate ? Enfin quelle est la gravité de la prostatectomie ? Telles sont les diverses questions que nous nous proposons d'élucider dans ce chapitre.

Mode de cicatrisation. — Il est d'abord un fait que nous tenons à mettre en lumière, c'est que nous avons été surpris dès les premières prostatectomies de la façon dont guérissait facilement et rapidement cette brèche profonde faite au périnée. Dès les premiers jours et sitôt les mèches profondes en-

levées, nous avons vu la plaie granuler, se rétrécir, se combler de la profondeur vers la superficie : le drain enlevé, la guérison avançait avec une rapidité surprenante, et au bout d'un mois et demi en moyenne, quelquefois au bout d'un mois, la plaie périnéale était fermée complètement ; il suffisait de toucher au crayon de nitrate d'argent les quelques bourgeons charnus un peu exubérants qui bordaient les lèvres de cette plaie pour obtenir une cicatrice plate, souple et indolore.

Les pansements n'ont rien offert de particulier ; les mèches profondes enlevées, on s'est contenté d'appliquer à plat des bandes de gaze stérilisée en ayant soin de ne pas bourrer la plaie.

Chaque pansement nouveau était précédé d'un lavage de la plaie à l'eau boriquée fait avec la seringue ; on nettoyait ainsi les parties profondes sans les faire saigner et on entraînait mécaniquement, par la seule force du liquide projeté par la seringue, les quelques débris de tissu sphacelé qui pouvait se trouver au fond de la plaie.

Le périnée n'est resté fistuleux que dans deux cas. Une fois il s'agissait d'un malade dont le rectum, ouvert au cours de l'opération, était resté en communication avec l'urètre et le périnée (obs. II). Ce malade n'a pas été suivi et nous ne pouvons dire ce qu'il en est advenu par la suite.

Dans l'autre cas, il s'est agi d'un malade chez qui on a dû laisser pendant 50 jours la sonde à demeure. Six mois après sa sortie de l'hôpital, sa fistule s'était fermée spontanément. Nous croirions volontiers que cette fistule a été provoquée par le séjour un peu prolongé de la sonde. Chacun a pu constater comme nous, que malgré les soins d'antisepsie les plus minutieux, l'urètre suppure abondamment chez les prostatiques au contact de la sonde à demeure, et nous nous demandons si cette suppuration, longtemps entretenue, ne retarde pas et n'empêche pas quelquefois la cicatrisation de l'urètre profond. Nous le croirions d'autant plus, qu'il nous

a été donné de voir en dehors de l'hôpital un malade à qui un chirurgien avait laissé, à la suite de la prostatectomie, une sonde à demeure pendant trois mois : ce malade avait un péri-née fistuleux, plusieurs fois on avait dû ouvrir des abcès profonds développés aux environs de l'urètre prostatique, tous ces accidents cessèrent comme par enchantement le jour où on lui retira sa sonde à demeure.

Complications post-opératoires de la prostatectomie. — Nous ne parlerons que des complications que nous avons vues, elles sont de deux ordres : *mécanique* et *septique*.

1° Complications mécaniques. — Une fois seulement nous avons vu une perforation secondaire du rectum se produire 12 jours après l'intervention. Comment cela s'est-il passé et quelle est la cause exacte de cet accident, nous ne saurions le dire : la sonde que l'on avait mise en place la veille et qui avait bien fonctionné toute la journée fut trouvée le lendemain matin sortant par l'anus. Le malade, pris d'envie d'uriner pressante pendant la nuit et voyant que sa sonde ne fonctionnait pas avait cherché, il nous l'a avoué, à la repousser dans sa vessie. Le rectum comprimé par la valve pendant l'opération, ou par le drain dans les jours qui l'ont suivie s'est-il sphacelé spontanément ? et est-ce ainsi que s'est ouverte la brèche intestinale ? ou bien la pression excrécée sur le pavillon de la sonde a-t-elle été assez brutale pour déchirer une paroi rectale amincie ? Nous ne saurions le dire. Toujours est-il que cette complication, heureusement rare, a été fort gênante pour le malade qui a gardé une fistule recto-urétrale qui nécessitera pour guérir une deuxième intervention.

2° Les complications septiques ont été plus nombreuses, elles ont toutes porté sur l'appareil épидидymo-testiculaire. 7 fois en effet, sur 26, nos malades ont présenté des symptômes de réaction testiculaire assez vive, 4 fois l'orchite fut unilatérale, 3 fois elle fut bilatérale ou à bascule ; parmi ces 7 malades un seul (obs. XXIV) avait eu une orchite avant

d'entrer à l'hôpital ; les autres en avaient toujours été indemnes.

Cette complication a généralement été tardive ; cinq fois elle est survenue du 10^e au 15^e jour, alors que la veille on avait placé une sonde à demeure ou passé un béniqué ; deux fois elle est survenue un mois après l'opération. Ces orchites ont toujours été bénignes ; à peine douloureuses, elles étaient beaucoup plus épididymaires que testiculaires et s'accompagnaient généralement d'un peu de vaginalite exsudative. Toutes ont guéri en 6 ou 8 jours, laissant après elles un peu de sensibilité testiculaire qui a fini par disparaître à la longue : aucune n'a suppuré.

Caractères de la cicatrice et toucher rectal. — Nous avons toujours trouvé au bout de quelque temps la cicatrice souple et surtout indolore. Au début elle se présentait sous la forme d'un léger bourrelet, quelquefois d'apparence un peu chéloïdienne, entourant l'anus en fer à cheval : plus tard, le tout s'était aplani et aucun de nos malades, trois mois après l'opération, n'a été gêné par sa cicatrice soit pour se baisser, soit pour s'asseoir.

Par le toucher rectal, nous sentions à la place qu'occupait la prostate une plaque légèrement indurée, se perdant en bas dans la cicatrice périnéale ; à travers ce tissu de cicatrisation le doigt explorateur sentait très facilement les instruments en gomme que l'on déplaçait dans l'urètre.

Résultats observés du côté de l'urètre prostatique.— A la suite de la prostatectomie nous avons toujours constaté que l'urètre prostatique se laissait facilement franchir, soit par les instruments en gomme soit par les bougies béniqués. La première sonde à demeure a été ordinairement placée avec le grand mandrin courbe de Guyon : cette mise en place a toujours été facile, elle ne provoquait ni douleur ni hémorrhagie.

Plus tard la sonde passait facilement sans mandrin, et lorsque l'urètre avait été modelé et régularisé par le passage

quotidien des bougies métalliques, il était rare de rencontrer quelques difficultés pour sonder nos opérés.

Une seule fois nous avons dû nous servir du mandrin pendant quelque temps. Il nous est arrivé cependant quelquefois d'être arrêté au niveau du col vésical lorsque nous voulions introduire soit un instrument en gomme, soit une bougie béniqué. Le plus souvent une légère pression faisait franchir l'obstacle, quelquefois nous avons dû nous servir d'un conducteur pour faire passer le premier béniqué. Nous croyons qu'il se passe au niveau de la région prostatique de l'urètre, ce qui se passe au niveau du cul-de-sac du bulbe chez les gens qui se sondent depuis longtemps : l'urètre profond, débarrassé de la prostate, reste large et ses parois sont mal soutenues ; il se forme alors au-dessous du col de la vessie un petit cul-de-sac dans lequel vient quelquefois buter le bec des instruments. Cette constatation est très facile à faire sur une pièce présentée par M. Hartmann à la Société de chirurgie et ayant appartenu au malade de l'observation X, mort dans le service 1 mois 1/2 après son opération. L'urètre prostatique formait chez lui une cavité assez grande dont le plafond était formé par le col vésical légèrement abaissé.

Nous avons signalé (ob. XIX) le cas d'un rétrécissement survenu peu de temps après la prostatectomie chez un de nos malades : nous avons tout lieu de croire qu'il était dû à une chute sur le périnée qu'aurait faite cet homme le jour de sa sortie de l'hôpital. Ce rétrécissement assez serré siège au niveau de la région périnéo-bulbaire de l'urètre, et au retour de l'olive on a nettement la sensation de franchir le sphincter membraneux avant d'arriver sur lui. Nous insistons sur ce fait, car on a signalé des cas de rétrécissement de l'urètre prostatique à la suite de la prostatectomie périnéale. Harrisson a même dû pratiquer une urétrotomie interne de la région prostatique de l'urètre à la suite de la prostatectomie. Nous croyons cet accident très rare, puisque sur 26 cas il ne nous a pas été donné de le constater une seule fois.

Gravité opératoire de la prostatectomie. — Sur les 26 malades auxquels M. Hartmann a fait une prostatectomie périnéale, deux sont décédés peu de temps après l'opération, un troisième est allé mourir chez lui six mois après avoir été opéré. On pourrait donc à première vue attribuer à la prostatectomie périnéale une gravité qu'on ne lui trouve plus lorsqu'on analyse les causes de la mort de ces trois malades.

L'un (obs. X) est mort d'accidents cardiaques 1 mois 1/2 après son opération, alors que très amélioré il se présentait comme devant guérir de ses accidents urinaires.

Les deux autres étaient de vieux rétentionnistes dont les reins ne fonctionnaient plus que très mal, l'un (obs. XII) pissait par regorgement depuis 6 mois, l'autre (obs. XIII) avait des urines excessivement troubles, de la polyurie, des reins gros et douloureux.

La prostatectomie ne pouvait rien pour eux, ils sont morts d'infection urineuse malgré le large drainage auquel ils ont été soumis.

Si nous laissons donc de côté ces trois cas, dont un fut tout d'ordre médical, et dont les deux autres concernaient des malades trop gravement atteints pour qu'on pût espérer quelque chose de l'intervention, on peut dire que la prostatectomie est une opération bénigne. A part le malade de l'observation I qui présenta pendant quelques jours de la sécheresse de la langue et eut un peu de délire, à part les malades des observations XVII et XVIII dont les intermittences cardiaques ont persisté pendant deux ou trois jours après l'opération, nous pouvons dire que nous n'avons jamais été inquiets sur le sort de nos opérés.

La plupart commençaient à manger dès le lendemain de l'opération.

Dans la suite, à part ceux qui ont eu une orchite ou un peu de cystite, aucun n'a rien présenté qui puisse être signalé. De temps en temps une légère élévation de température à propos d'un drain ou d'une sonde ayant mal fonc-

tionné ou du passage d'un béniqué; mais il n'y a là rien qui puisse nous étonner. Nos malades se levaient généralement du 15^e au 20^e jour et quittaient le service 35 ou 40 jours en moyenne après leur opération.

On peut donc dire que la prostatectomie périnéale est une opération bénigne et bien supportée par les malades.

Voyons maintenant si les résultats cliniques sont aussi satisfaisants que les résultats opératoires.

RÉSULTATS CLINIQUES DE LA PROSTATECTOMIE

Nous avons pu suivre et revoir de temps en temps tous les malades opérés par M. Hartmann pour une hypertrophie de la prostate. Nous pouvons donc aujourd'hui, non seulement décrire les résultats que donne la prostatectomie aussitôt après l'opération, mais aussi dire si ces résultats sont durables, comment et pourquoi ils peuvent se modifier. Ce chapitre important de notre thèse comprendra donc deux parties : dans la première, nous étudierons rapidement comment se sont modifiés à la suite de la prostatectomie, la miction, l'évacuation de la vessie, les caractères des urines et l'état général de nos malades ; dans une deuxième partie nous examinerons les résultats éloignés de la prostatectomie.

§ 1. — Résultats cliniques immédiats de la prostatectomie.

Comment se fait la miction après la prostatectomie. — Si nous exceptons les malades des observations XV et XX qui sont restés en rétention complète à la suite d'un morcellement tout à fait incomplet de la prostate, nous voyons que tous nos malades ont commencé à pisser spontanément aussitôt après le retrait de la sonde à demeure. Chez quelques-uns la totalité des urines a immédiatement passé par la verge, mais la plupart de nos malades ont pissé pendant 4 ou 5 jours par le périnée. Quelques-uns après le passage des premiers béniqués ont pissé de nouveau par le périnée alors que la veille toutes les urines avaient passé par la verge ; mais le surlendemain, le plus souvent la brèche faite à l'urètre prostatique était de nouveau fermée et pas une goutte d'urine ne venait souiller la plaie périnéale.

Dès que les mictions commençaient à s'établir, elles de-

venaient d'une facilité surprenante, ne nécessitaient aucun effort ni au début ni à la fin, elles ne s'accompagnaient d'aucune sensation douloureuse. Le jet chez tous nos malades acquérait vite une certaine force, chez quelques-uns il était gros et puissant.

La plupart de nos opérés ont continué à pisser fréquemment aussi bien le jour que la nuit : nous n'en trouvons que deux (obs. XXII et XXIII) qui aient pu rester quatre heures sans pisser après le retrait de la sonde à demeure. Les autres urinaient toutes les deux heures environ. Tous retenaient facilement leurs urines au moment de leur sortie de l'hôpital ; mais il n'en a pas toujours été ainsi pour 7 de nos opérés. 4 d'entre eux (obs. I, XIII, XXVI et XXVII) ont eu pendant quelques jours de l'incontinence d'urine aussitôt après le retrait de la sonde à demeure. Cette incontinence qui était d'abord continuelle a rapidement diminué et ne s'est plus produite au bout d'une dizaine de jours qu'à l'occasion d'un effort. Elle a disparu complètement dans la suite, sauf chez le malade de l'observation XIII qui perdait encore involontairement ses urines en marchant lorsqu'il quitta le service.

Deux autres malades ont eu des envies fréquentes d'uriner avec besoins impérieux (obs. V et IX), un autre enfin a eu une cystite assez intense : sa capacité vésicale était réduite à zéro, de sorte que cet homme semblait avoir de l'incontinence. Sa cystite a rapidement guéri grâce aux instillations de nitrate d'argent, et lorsqu'il est sorti de l'hôpital il restait facilement deux heures sans uriner.

Comment s'est faite l'évacuation de la vessie après le retrait de la sonde à demeure. — Voici comment nous opérons pour nous assurer si la vessie de nos malades contenait ou non un résidu. Comme il était rare d'arriver auprès d'eux juste au moment où ils avaient envie de pisser, nous vidions d'abord leur vessie avec la sonde puis nous injectons de l'eau boriquée dans leur vessie jusqu'à ce qu'ils nous accusassent une envie assez forte d'uriner. Les malades

ayant évacué le liquide qui leur avait été injecté, nous les sondions de nouveau et mesurions la quantité du liquide que nous retirions. Nous les mettions ainsi dans les conditions physiologiques normales, c'est-à-dire que nous les faisons uriner non sur commande, mais lorsqu'ils en res-sentaient une réelle envie.

Or sur les 27 opérés qui nous intéressent et que nous avons suivis, 19 vidaient complètement leur vessie ou avaient un résidu insignifiant (de 10 à 25 gr.) aussitôt après le retrait de la sonde à demeure ; parmi eux nous comptons 8 malades opérés peu de temps après leur dernière crise de rétention aiguë, 2 rétentionnistes anciens et 9 ayant de la rétention incomplète d'urine. Les autres malades avaient un résidu appréciable, 3 avaient 50 grammes de résidu, un autre 60 grammes (c'était une prostatectomie hypogastrique), deux autres un résidu très considérable (125 et 300 gr.) ; deux enfin restèrent en rétention complète ; ces quatre derniers malades avaient été opérés par morcellement et leur prostate n'avait été qu'incomplètement enlevée. Nous verrons plus loin ce qu'ils sont devenus.

Comment se sont modifiés les caractères des urines après la prostatectomie. — Nous avons toujours été frappé par la rapidité avec laquelle les urines s'éclaircissaient à la suite de la prostatectomie. Ce qu'on n'avait pu obtenir avec la sonde à demeure, on l'obtenait facilement grâce au large drainage que l'on a presque toujours pratiqué, soit à la suite de la prostatectomie hypogastrique, soit à la suite de la prostatectomie périnéale.

Pourtant l'éclaircissement complet des urines n'était obtenu généralement que 15 ou 20 jours après l'opération, alors que la vessie avait été lavée fréquemment à l'eau bori-quée et au nitrate d'argent.

Plusieurs fois les lavages étant mal supportés nous les avons remplacés par des instillations de nitrate d'argent à 1 0/0.

C'est ainsi que sur les 27 opérés dont nous parlions tout à l'heure, 20 nous ont quittés avec des urines claires et 7 avec des urines légèrement troubles. Or parmi ces derniers, un avait une fistule recto-urétrale (obs. XXVIII), deux avaient des symptômes évidents de pyélo-néphrite (obs. XXII et XXIV), un avait eu de la cystite pendant quelque temps après l'ablation du drain (obs. XXIX), deux autres (obs. XV, XVI) étaient des malades indociles qui enlevaient leur drain à chaque instant et chez qui on dut renoncer à mettre une sonde à demeure ; le dernier enfin (obs. XVIII) avait un résidu assez considérable et appartenait au groupe des opérés par la voie hypogastrique.

Etat général des malades après la prostatectomie. — Nous n'exagérerons pas en disant qu'au point de vue de l'état général la prostatectomie a été pour nos malades l'occasion d'une véritable résurrection.

La plupart ne mangeaient plus depuis longtemps, étaient amaigris, ne dormaient plus ; beaucoup avaient de la fièvre. Or dès le lendemain de l'opération nous avons vu la fièvre tomber, ces malades reprendre de la mine, manger avec appétit. Beaucoup engraisaient à vue d'œil. Et cela se comprend fort bien, ces malades vidant leur vessie n'étaient plus intoxiqués par la résorption des urines septiques qui restaient en permanence et sous pression dans leur vessie, leur uretère et leur rein.

§ 2. — Résultats cliniques éloignés de la prostatectomie.

Il était intéressant de savoir si les résultats obtenus aussitôt après la prostatectomie se maintenaient dans la suite, aussi avons-nous revu la plupart de nos opérés.

Sur les 32 malades opérés par M. Hartmann pour une hypertrophie de la prostate, trois sont morts dans le service, nous en avons parlé assez souvent pour ne pas y revenir ; un autre est mort 6 mois après l'intervention, c'est le malade sur qui nous avons attiré plusieurs fois l'attention et qui avait

des reins gros et douloureux éliminant très mal le bleu, de la polyurie avec des urines troubles ; deux autres sont morts longtemps après avoir été opérés, le premier d'occlusion intestinale, le deuxième d'hémorrhagie cérébrale.

Deux de nos opérés n'ont pu être retrouvés, ils sont partis sans laisser d'adresse.

Tous les autres malades ont été vus plusieurs fois, et nous pouvons aujourd'hui, en nous basant sur un certain nombre de cas opérés, le plus ancien il y a plus de deux ans et demi, le plus récent il y a quatre mois, faire connaître un certain nombre de résultats éloignés de la prostatectomie.

Nous allons donc étudier maintenant comment se fait, chez nos anciens opérés, la miction et l'évacuation de la vessie, quelle est la capacité actuelle de ces vessies autrefois distendues pour la plupart et comment se sont modifiés les caractères des urines et la polyurie chez ceux qui avaient des symptômes de pyélo-néphrite. Enfin, nous allons pouvoir donner quelques renseignements sur la génitalité de nos malades longtemps après la prostatectomie.

Caractères tardifs de la miction après la prostatectomie.

— Si nous exceptons les deux opérés qui nous ont quittés en rétention complète, nous trouvons que les caractères de la miction se sont plutôt améliorés chez nos malades à mesure qu'ils s'éloignaient de l'époque où ils avaient subi la prostatectomie ; deux d'entre eux en particulier (obs. III et V) ont eu des mictions normales comme fréquence quelques mois après avoir quitté le service, alors qu'ils pissaient tous les quarts d'heure après avoir été opérés. La plupart urinent actuellement quatre ou cinq fois dans la journée, une ou deux fois la nuit ; la miction se fait sans effort, sans douleur, le jet a encore augmenté de vigueur. Tous nos malades résistent facilement à l'envie d'uriner, et ceux qui avaient un peu d'incontinence au moment de leur sortie de l'hôpital sont aujourd'hui complètement guéris.

Un de nos opérés (obs. XIX) a pu pisser facilement pen-

dant 18 mois, pis il a eu une crise de rétention complète, et depuis il urine toutes les dix minutes, souffre au début et à la fin de la miction et a un résidu de 50 grammes. Cet homme qui était entré dans le service en octobre 1901 avec une distension énorme de la vessie (3 lit. 1/2) avait été opéré par la voie hypogastrique ; le lobe médian seul avait été enlevé. Aujourd'hui ce malade fait de la rétention du fait de l'hypertrophie des lobes latéraux de sa prostate : par le toucher, on sent très nettement ces deux lobes faire une saillie considérable dans le rectum.

Toutefois, nous devons faire remarquer que si tous nos opérés urinent aujourd'hui facilement, il n'en a pas toujours été ainsi pour quelques-uns.

Notre malade de l'observation I, opéré depuis 2 ans 1/2, est resté 18 mois sans rien observer de particulier du côté de ses mictions lorsque presque subitement celles-ci devinrent fréquentes, douloureuses en même temps que ses urines devenaient purulentes ; il dut subir un traitement local et aujourd'hui il urine comme avant, c'est-à-dire toutes les trois ou quatre heures.

Le malade de l'observation XVI qui nous quittait il y a 3 mois avec des mictions normales, mais avec des urines encore un peu troubles, fut pris un mois après son départ d'envies fréquentes d'uriner avec douleurs à la fin de la miction ; il avait négligé de venir à la consultation se faire laver la vessie. Ces deux exemples de cystite, survenue spontanément quelque temps ou longtemps après l'opération, prouvent suffisamment que les mictions ne restent normales comme fréquence, faciles et non douloureuses chez les prostatiques après l'opération qu'à la condition qu'ils se soumettent de temps en temps à l'examen du chirurgien qui interviendra à temps soit par des lavages soit par des instillations, si l'infection se réveille dans ces vessies qui ont contenu si longtemps des urines septiques.

Caractères des urines longtemps après la prostatectomie.

— Sur les 20 malades que nous avons revus, quatre avaient des urines troubles au moment de leur sortie, deux de ces malades avaient de la pyélo-néphrite, les deux autres étaient ces deux opérés peu dociles qui arrachaient leur drain et chez qui on avait dû renoncer à mettre une sonde à demeure : ces quatre malades ont encore des urines louches et sont véridiquement améliorés ; ils n'ont plus d'hématuries, leurs urines ont perdu ces caractères infects qu'elles avaient au moment où ces malades sont entrés à l'hôpital. Tous les autres opérés après un laps de temps variant de 2 ans à 4 mois, ont conservé la clarté de leurs urines à l'exception des malades des observations XIX et XVIII ; le premier incomplètement opéré par la voie hypogastrique il y a 2 ans $1\frac{1}{2}$ fait de nouveau de la rétention et le second vide mal sa vessie depuis qu'il a un rétrécissement de l'urètre.

Ces résultats de la prostatectomie sont certainement imputables aux soins post-opératoires qui ont été donnés aux malades ; plusieurs en effet ont eu à une époque plus ou moins éloignée de leur opération un retour offensif de leur cystite ; et si la plupart ont encore des urines claires, c'est parce que, étant examinés de temps en temps, ils ont pu être soignés aussitôt qu'apparaissaient chez eux des accidents infectieux du côté de la vessie.

Comment se fait l'évacuation de la vessie longtemps après la prostatectomie. — Sur 20 opérés, 12 sont restés stationnaires au point de vue de l'évacuation de leur vessie. Parmi ceux-ci, deux sont en rétention complète (obs. XV et XX), ils se sondent facilement. Les deux autres vident complètement leur vessie ou ont un résidu insignifiant.

Quelques-uns de ces malades sont opérés depuis fort longtemps, 2 ans $1\frac{1}{2}$, 2 ans, 1 an, deux seulement ont quitté l'hôpital depuis moins de 6 mois.

Des 7 autres opérés, 3 voient leur résidu diminuer graduellement et devenir insignifiant ou nul. C'est ainsi que le

malade de l'observation XIV, qui avait 50 grammes de résidu il y a 8 mois, au moment de sa sortie, vide complètement sa vessie aujourd'hui.

Un autre (obs. XXIV) opéré depuis 7 mois n'a plus que 30 grammes de résidu alors que celui-ci était de 50 grammes lorsqu'il quitta l'hôpital.

Nous en dirons autant du malade de l'observation XXIX qui, de 50 grammes, est tombé à 15 grammes.

Par contre, 4 de nos anciens opérés ont vu augmenter leur résidu vésical.

Le malade de l'observation V est passé de 25 à 60 grammes.

Nous nous expliquons mal cette augmentation du résidu vésical chez cet homme ; l'opération a été complète, sa rétention datait de peu de temps, ses urines sont claires aujourd'hui et ses mictions sont normales.

Nous n'insisterons pas sur le cas du malade de l'observation XIX ; on s'est contenté d'enlever chez lui, par la voie sus-pubienne, un petit coin prostatique : aujourd'hui il fait de nouveau de la rétention, il n'y a là rien d'étonnant.

De même des malades des observations XXII et XXVIII ; le premier dont la prostate a été enlevée incomplètement par morcellement, n'avait à sa sortie que 125 grammes de résidu, il a maintenant 200 grammes ; le second fait des accidents de rétention consécutifs à un rétrécissement assez serré de l'urètre.

Somme toute, on peut dire que les malades chez qui l'opération a été complète, continuent à bien vider leur vessie pendant longtemps après la prostatectomie et qu'un certain nombre d'entre eux qui avaient, après l'opération, un résidu appréciable, voient ce résidu diminuer et même disparaître.

De la capacité vésicale après la prostatectomie.— Il était intéressant de savoir ce que deviendrait la capacité vésicale de tous nos prostatiques, la plupart distendus au moment de leur entrée dans le service ; cette capacité nous l'avons mesurée chez les 20 malades dont nous avons déjà parlé. Nou

l'avons trouvée normale ou à peu près chez tous, sauf chez les malades des observations XV, XVI et XIX qui font de nouveau un peu de cystite, elle oscillait en moyenne entre 200 et 250 grammes.

Etat des reins après la prostatectomie. — Trois de nos malades présentaient des symptômes de pyélo-néphrite au moment de leur opération.

Nous avons toujours vu la polyurie diminuer à la suite de la prostatectomie, les urines devenir plus claires, les reins diminuer de volume et être moins sensibles au ballottement.

Certes, il ne viendra à l'idée de personne que la prostatectomie puisse guérir la pyélo-néphrite d'origine ascendante telle qu'on l'observe chez les prostatiques à vessie infectée et distendue ; mais il n'en est pas moins vrai que la vessie se vidant bien après l'ablation de la prostate, l'uretère et le rein seront mieux drainés et les lésions de ces organes n'auront aucune tendance à progresser.

. Modifications apportées par la prostatectomie à l'érection et à l'éjaculation. — Nous en avons déjà parlé après chaque série d'observations. Vus dans leur ensemble, ces résultats sont désastreux ; sur 20 malades que nous avons interrogés quelque temps après leur sortie de l'hôpital, 10 nous ont affirmé avoir eu encore des érections utiles avant leur opération ; 7 pouvaient encore éjaculer ; or sur ces 10 malades, un seul nous a affirmé avoir pu éjaculer 6 mois après être sorti de l'hôpital ; 3 autres peuvent encore avoir des rapports ; ils ont retrouvé après deux mois, six mois, un an la possibilité d'entrer en érection, mais ils n'éjaculent pas.

INDICATIONS DE LA PROSTATECTOMIE

Nous ne pouvons mieux faire ici que de citer les propres paroles de notre maître M. Hartmann : elles résument mieux que nous pourrions le faire l'ensemble des indications de la prostatectomie, telles qu'elles semblent découler de nos observations.

« Les complications telles que la rétention complète persistante, les attaques répétées de rétention, l'infection urinaire, les cystites graves avec rétention incomplète d'urine, les hématuries, la coexistence de calculs sont autant d'indications à l'opération.

« D'une manière générale, les prostates un peu volumineuses et pas trop dures étant plus faciles à enlever que les autres par le périnée, on pratiquera plus volontiers pour elles la prostatectomie périnéale.

« L'inertie vésicale ne semble pas être une contre-indication ; plusieurs fois nous avons vu le muscle vésical recouvrer sa contractilité immédiatement après la suppression de l'obstacle prostatique. L'âge avancé des malades, s'il n'est pas combiné à une cachexie urinaire accentuée, ne nous semble pas non plus être une contre-indication ; il en est de même de la pyélo-néphrite dont les symptômes s'atténuent rapidement à la suite de l'établissement du large drainage périnéal qui suit la prostatectomie.

« Nous serons, au contraire, sobre d'intervention lorsque l'élimination du bleu se fait mal, que la prostate est petite et dure, que le malade cachectique se sonde facilement.

« Ces diverses indications et contre-indications ne nous semblent pas encore pouvoir être établies d'une manière définitive ; celles que nous posons nous paraissent simplement découler des cas qui ont été soumis à notre observation ».

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous empruntons complètement ce chapitre au rapport fait par M. Hartmann à la Société de Chirurgie, le 22 juin 1904.

1° Voie hypogastrique. — Nous avons pratiqué par cette

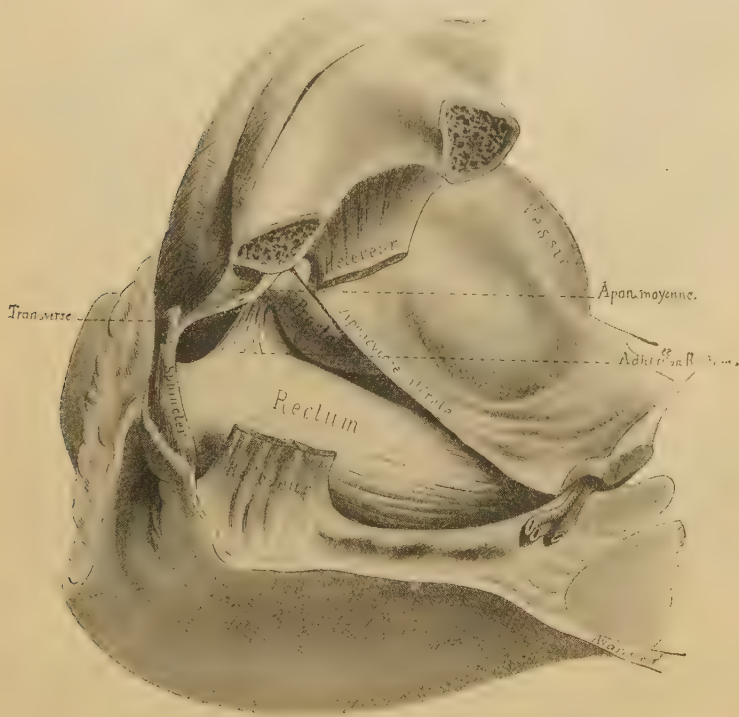


Fig. 1. — Sur cette vue latérale de la vessie et du rectum, on voit très nettement l'adhérence qui réunit l'aponévrose moyenne à la face antérieure du rectum, muscle recto-urétral des Allemands (HARTMANN, *Organes génito-urinaires de l'homme*).

voie, soit l'énucléation directe de la glande avec le doigt après incision de la muqueuse vésicale au niveau de chacun des lobes, soit l'ablation d'un lobe moyen hypertrophié, soit sim-

plement l'excision d'un coin postérieur au niveau d'une barre du col. Nous n'insisterons pas sur la technique de ces opérations auxquelles nous n'avons eu recours qu'un petit nombre de fois.

2° **Voie périnéale.** — L'ablation par la voie périnéale de la prostate hypertrophiée comprend deux temps :

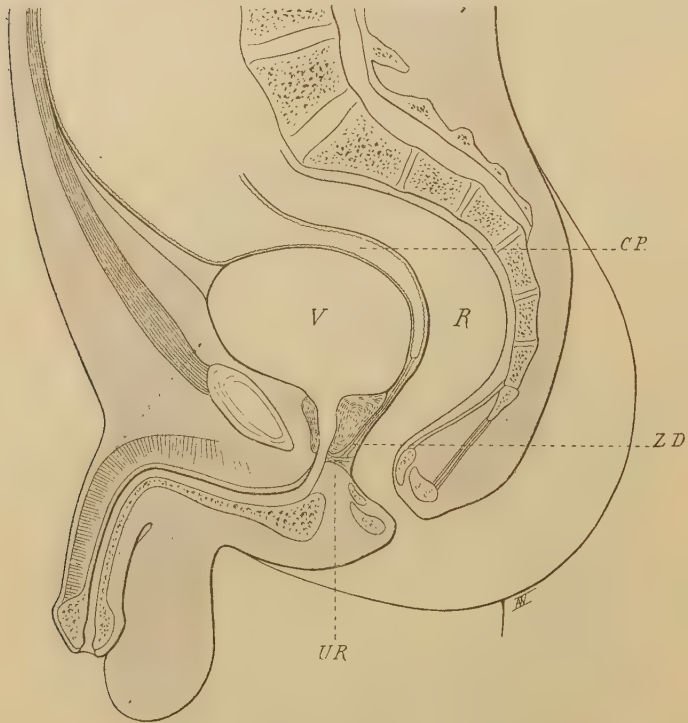


Fig. 2. — Coupe verticale antéro-postérieure du bassin. V, vessie ; — R, rectum ; — ZD, zone décollable résultant de la coalescence des deux feuillets qui constituaient primitivement la prolongation du cul-de-sac péritonéal recto-vésical ; — UR, muscle recto-urétral (H. HARTMANN).

- α) L'exposition de la face postérieure de la prostate ;
- β) L'ablation de la prostate découverte.
- γ) *Exposition de la face postérieure de la prostate.* — Pour éviter la lésion opératoire du rectum et l'hémorrhagie, il faut se rappeler quelques points d'anatomie.

Le rectum est attiré en avant par une adhérence solide au bec de la prostate, plus exactement à la partie postérieure de l'aponévrose moyenne du périnée (*musculus recto-urethralis* de quelques auteurs allemands).

Il faut donc, après avoir découvert l'urèthre membraneux, sectionner immédiatement en arrière de lui, à petits coups et transversalement, les trousseaux d'apparence fibreuse qui



Fig. 3. — Tracé de l'incision dans la périnéotomie transversale. Le siège est élevé sur un coussin de sable ; l'incision curviligne va d'un ischion à l'autre, encerclant la partie antérieure de l'anus (H. HARTMANN).

le réunissent au rectum, continuant à travailler ainsi au bistouri jusqu'au moment où, ayant dépassé la zone d'adhérence recto-urétrale, on sent que l'intestin se laisse facilement attirer en arrière. Rien n'est plus simple alors que de cheminer avec le doigt dans un interstice facilement décollable, résultant de la coalescence, au cours du développement, des deux feuillettes du cul-de-sac péritonéal qui, dans

les premiers temps de la vie, s'insinue entre la prostate et le rectum. On laisse ainsi les fibres musculaires rectales, et les veines qui y sont accolées, recouvertes d'une mince lame

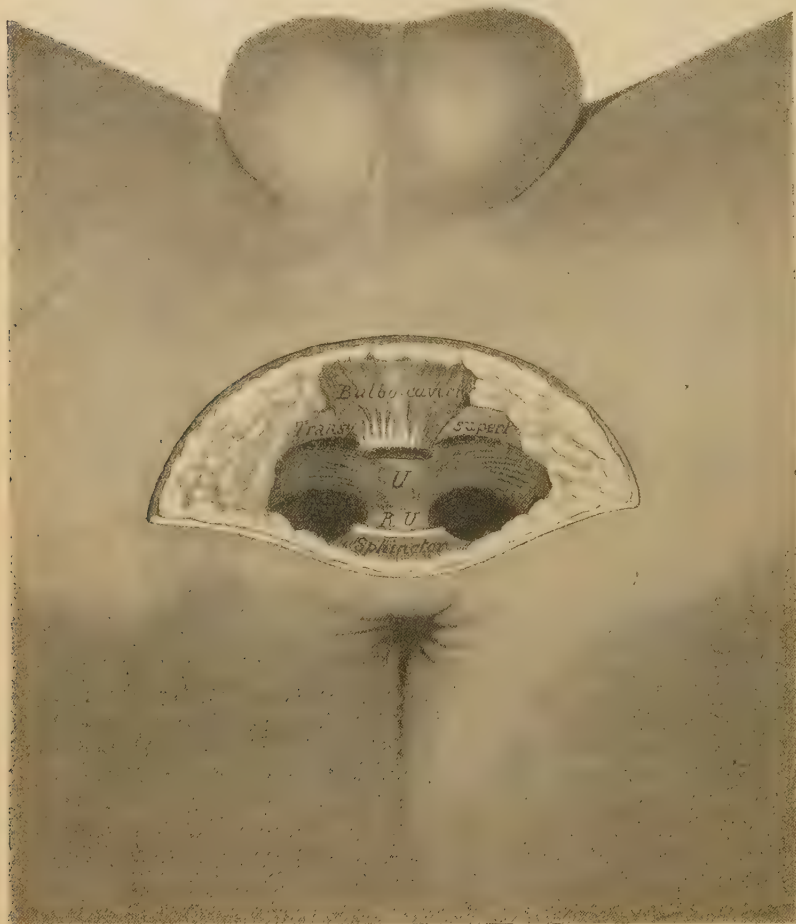


Fig. 4. — On a sectionné la partie antérieure des fibres du sphincter anal. En arrière du transverse superficiel on voit profondément les fibres du muscle recto-urétral RU, qui se fixent sur la partie postérieure de l'urèthre membraneux U (H. HARTMANN).

d'apparence fibreuse, ce qui permet d'opérer le décollement pour ainsi dire à sec.

Ces quelques notions posées, nous pouvons exposer rapi-

dement le manuel opératoire. Les tables spéciales et les instrumentations compliquées nous semblent tout à fait inutiles. Un coussin de sable pour mettre sous la région lombosacrée, une petite valve vaginale de 45 millimètres, destinée



Fig. 5. — L'urèthre prostatique est ouvert sur la ligne médiane postéro-inférieure; une pince à forcipressure repère la capsule prostatique, une pince de Museux saisit le tissu glandulaire, l'index sépare la prostate de sa capsule (H. HARTMANN).

à récliner le rectum en arrière, l'écarteur à deux branches de Proust pour fixer et attirer l'urèthre membraneux en avant, un désenclaveur de Young ou de de Pezzer (les deux sont à peu près identiques et ont, croyons-nous, été inventés simul-

tanément des deux côtés de l'Atlantique) nous semblent, avec l'instrumentation courante, bien suffisants pour pratiquer une prostatectomie.

Par une incision curviligne, allant d'un ischion à l'autre et encerclant la partie antérieure de l'anus, on coupe la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les attaches antérieures du sphincter, et l'on arrive sur le bulbe recouvert du bulbo-caverneux : on contourne sa partie postérieure et l'on découvre l'urèthre membraneux dans lequel on a préalablement



Fig. 6. — Ecarteur bulbaire de Proust.



Fig. 7. — Valve vaginale, servant de retracteur postérieur.

placé une sonde béquille de manière à le repérer facilement au fond de la plaie.

A ce moment, avec le bistouri, on sectionne transversalement les tissus qui l'unissent en arrière au rectum ; on place en avant l'écarteur de Proust, dont les deux branches encadrent le canal, et l'on continue à s'avancer dans la profondeur, jusqu'au moment où l'on sent que l'intestin se laisse facilement attirer en arrière. Deux coups de doigt écartent à droite et à gauche les fibres antérieures des releveurs et l'on pénètre avec facilité dans l'espace décollable rétro-prostati-

que, espace avasculaire, résultant de la coalescence du fond du cul-de-sac péritonéal embryonnaire; plaçant alors sur la lèvre postérieure de la plaie une petite valve vaginale, on a en avant, sous les yeux, la face postérieure de la prostate.

β) *Ablation de la prostate.* — Dans nos premières opérations, nous faisons à ce moment, sur la prostate une incision longitudinale qui ouvrait largement l'urèthre prostatique sur la sonde, puis nous nous amarrions avec des pinces de



Fig. 8. — Désenclaveur de Young fermé.

Museux sur la tranche prostatique que nous attirions et que nous cherchions à séparer des parties voisines.

Depuis le mois de septembre 1903, nous nous contentons

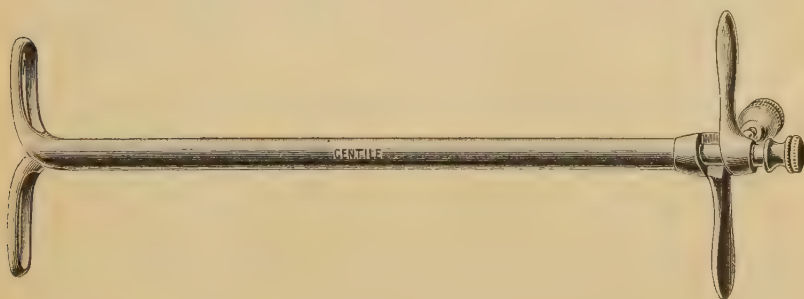


Fig. 9. — Désenclaveur de Young ouvert.

de faire une petite boutonnière au niveau du bec de la prostate. Par cette boutonnière, nous insinuons, jusque dans la vessie, un désenclaveur de Young, que nous ouvrons à ce moment, et avec lequel nous abaissons fortement la prostate dans la plaie.

Nous incisons alors, sur chacun des deux lobes, la capsule propre de la prostate, nous la repérons avec des pinces à pression et nous énucléons successivement chacun des deux

lobes. Il faut se rappeler qu'en s'hypertrophiant les deux lobes latéraux de la prostate se portent souvent en avant du canal. Il est en général possible d'enlever ainsi, en un ou deux morceaux, chacun des lobes prostatiques.

Nous ne pratiquons le morcellement que dans les cas où l'énucléation est impossible. Une fois la prostate enlevée, il faut s'assurer avec le doigt que toutes les parties sont souples et qu'il ne reste pas un lobe moyen dans la plaie ; si le fait arrive, rien n'est plus simple que d'introduire le doigt dans la boutonnière urétrale, de l'attirer dans la plaie en le faisant basculer et d'en pratiquer l'ablation par la voie endo-urétrale.

Nous terminons l'opération en insinuant dans la vessie un gros tube de caoutchouc, dont la partie terminale seule présente des trous latéraux, et nous rapprochons sur lui par des catguts perdus les parties profondes de la plaie, dont le reste est mollement tamponné à la gaze iodoformée.

Il nous arrive fréquemment de terminer l'opération sans placer une seule ligature, aucun vaisseau important n'ayant été lésé au cours de l'intervention.

Le sixième jour j'enlève le drain périnéal et je place une sonde à demeure ; celle-ci est supprimée le 12^e jour, et à partir de ce moment je passe des béniqués à extrémité mousse, de gros calibre, de manière à modeler le canal. En général, au bout de trois semaines à un mois, la guérison est obtenue complète et sans fistule.

CONCLUSIONS

I. — La prostatectomie ne produit pas de choc opératoire grave: elle est rapidement faite et sans grande perte de sang. Elle a été très bien supportée par tous nos malades dont quelques-uns avaient des intermittences cardiaques avant l'opération.

II. — La prostate peut être enlevée soit par la voie hypogastrique, soit par la voie périnéale; on devra toujours donner la préférence à la prostatectomie périnéale: elle est plus facile et permet un drainage déclive, par conséquent plus complet. Toutefois, lorsqu'on se trouvera en présence soit d'une prostate hypertrophiée seulement aux dépens de son lobe médian, soit d'une tumeur vésicale venant compliquer l'hypertrophie des lobes latéraux de la prostate on pourra avoir recours à la prostatectomie hypogastrique.

III. — Le drainage cysto-périnéal devra être appliqué systématiquement toutes fois qu'on enlèvera une prostate par le périnée: sous son influence on voit la fièvre tomber, la vessie se vider complètement et facilement, les reins se décongestionner, les urines s'éclaircir rapidement.

Il est supérieur au drainage immédiat par la sonde à demeure dont l'orifice vésical se bouche facilement par les caillots sanguins et dont la mise en place, lorsqu'elle est sortie, est souvent difficile les premiers jours.

IV. — La prostatectomie, qu'elle soit faite par la voie abdominale ou par la voie périnéale, ne permettra à la vessie de se vider spontanément qu'à une seule condition, c'est qu'elle sera totale: tous nos opérés chez qui l'extirpation de la prostate a été incomplète n'ont vidé qu'imparfaitement leur vessie après le retrait de la sonde à demeure. C'est pourquoi nous donnons la préférence à l'énucléation, le morcellement

méthodique étant plus long, plus difficile, plus dangereux pour le col vésical et assurant moins bien l'extirpation complète de la glande ; il doit être considéré comme un pis-aller.

L'emploi d'un désenclaveur facilitera toujours l'énucléation. Les déchirures faites à l'urèthre prostatique sont rares et, lorsqu'elles se produisent, n'entravent d'aucune façon la guérison parfaite.

V. — L'incontinence qui suit quelquefois le retrait de la sonde à demeure est de peu de durée ; elle disparaît toujours.

VI. — Les résultats immédiats de la prostatectomie se continuent dans la suite. Tous nos malades opérés depuis 2 ans 1/2 ont continué à avoir des urines claires et à vider leur vessie : mais à une seule condition, c'est que de temps en temps ils viennent se faire examiner.

La vessie des prostatiques opérés reste en équilibre instable vis-à-vis de l'infection ; longtemps après l'intervention et sans cause occasionnelle les urines redeviennent quelquefois troubles, la vessie entre de nouveau en rétention incomplète. Il suffit d'un traitement local de peu de durée pour tout ramener dans l'ordre.

VII. — Au point de vue génital la prostatectomie est le plus souvent désastreuse. Peu de malades ont eu des érections après avoir été opérés ; un seul a pu encore éjaculer.

VIII. — L'âge avancé, la fièvre persistante ne constituent pas de contre-indications de la prostatectomie : seule une cachexie profonde avec mauvais fonctionnement des reins pourra contre-indiquer l'intervention.

IX. — Les résultats de la prostatectomie seront d'autant meilleurs que les prostatiques auront été opérés plus près du début de leur premier accident de rétention.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Adenot.** — Trois cas de prostatectomie. Rapp. par TUFFIER, *Bulletins et Mém. Soc. de chirurgie*, 1901, t. XXVII, p. 959, 972, 992.
- Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate, *Arch. prov. de chir.*, février 1902.
- Albarran.** — *Traité de chirurgie* de LE DENTU et DELBET, 1900, t. IX.
- La prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie de la prostate, *Ass. fr. d'urol.*, 5^e session, Paris, 1901, p. 334.
- La prostatectomie périnéale, *Ass. fr. d'urol.*, 6^e session.
- De la prostatectomie périnéale, *Ass. fr. d'urol.*, 7^e session, Paris, 1903, p. 550-554.
- Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate, *Arch. de chirurgie*, septembre-décembre 1902, p. 372.
- Indications de la prostatectomie, *Presse Méd.* Paris, 1902, p. 495-497.
- La prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie de la prostate, *Soc. de chir.*, 30 octobre 1901.
- Albarran et Proust.** — Prostatectomie totale, *Soc. anat.*, mai 1901.
- Alexander.** — The radical treatment of prostatic enlargement. by prostatectomy, *Medical Record*, 1896, t. II, p. 841.
- Plusieurs cas de prostatectomie observés au bout d'un certain temps, *Medical News*, 1^{er} août 1903, p. 199.
- Amelang.** — *Ueber die Operation bei Prostatect. hypertroph.*
- Armstrong.** — Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. *Phil. med. Journal*, 27 décembre 1902, p. 1048.
- Audry.** — Sur l'énucléation des adéno-fibromes de la prostate, *Arch. prov. de chirurgie*, 1901, t. X, p. 293-295.
- Prostatectomie périnéale chez les cystotomisés, *Ibid.*, juin 1902.
- Baudet.** — De l'ablation de la prostate hypertrophiée par la voie périnéale, *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1899, p. 745.
- Bryson.** — Prostatectomy : presentation of six operated cases, etc. *Saint-Louis med. Review*, 1902, XLV, 127-132.
- Belfied.** — Note on the surgery of the enlarged prostate, *Medical Record*, 1888, t. XXXIII, p. 272.
- Cuthbert S. Wallace.** — Critique au point de vue anatomique du procédé connu sous le nom de prostatectomie totale, *British med. Journal*, 30 janvier 1904, p. 239.
- Charles H. Chetwood.** — Le choix d'une technique pour opérer les cas d'occlusion prostatique, *Medical News*, 8 août 1903, p. 250.
- Deawer.** — Perineal prostatectomy, *Philadelphia med. Journal*, 1902.

- Deffis** (de Mexico). — Prostatectomie périnéale. Procédé de Macias et Gonzalès, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1901, p. 1153.
- Delagenière**. — Prostate hypertrophiée extirpée au début des accidents de rétention d'urine et d'infection de la vessie, *Arch. méd. d'Angers*, 20 octobre 1903, p. 471.
- De la prostatopexie sub-périnéale comme traitement de l'hypertrophie de la prostate, *Arch. prov. de chir.*, juin 1902.
- Delbet (Pierre)**. — Un cas de prostatectomie, *Soc. de chir.*, 16 juin 1903.
- Desnos**. — A propos de la prostatectomie périnéale, *Ass. fr. d'uro.*, 7^e session, Paris, 1903, p. 550-554.
- Traitement curatif de l'hypertrophie de la prostate, *Arch. de thérap.*, 15 mai 1903, p. 209.
- Traitements chirurgicaux de l'hypertrophie prostatique, *Congrès de Madrid*, 1903.
- Sur un cas de résection de la prostate, *Presse médic.*, 1899, t. II, p. 151.
- Dittel**. — Prostatectomia lateralis, *Wien. klin. Woch.*, 1890, t. III, p. 364.
- Dorst**. — Prostatectomie périnéale, *Ass. fr. d'uro.*, 7^e session, Paris, 1903, p. 519-521.
- Elsworth**. — Extirpation totale de la prostate : opération de Freyer, *British med. Journal*, 17 janvier 1903, p. 124.
- Fabre**. — Déformation du col vésical dans l'hypertrophie de la prostate, Th. Lyon, 1899.
- Freyer**. — A new method of performing perineal prostatectomy, *Indian med. Recorder*, Calcutta, 1900, t. XVIII, p. 420 et s.
- L'extirpation totale de la prostate comme cure radicale de l'hypertrophie de cet organe, *British med. Journal*, 18 avril 1903, p. 898-901.
- Une nouvelle série de 32 cas d'extirpation totale de la prostate par la cure radicale de l'hypertrophie de cet organe, *British med. Journal*, 17 octobre 1903, p. 974.
- Sur une sixième série de cas d'extirpation totale de la prostate, *British med. Assoc.*, 4 juillet 1903, p. 3-6.
- Fuller**. The radical treatment of prostatic hypertrophy, *Medical Record*, 1898, p. 721.
- Gilbert et Barling**. — Hypertrophie de la prostate et son traitement par la méthode de Freyer, *British med. Journal*, 30 janvier 1904.
- Goodfellow**. — Perineal prostatectomy, *Occidental med. Times*, San Francisco, 1902, XVI, 255-257.
- Gosset et Proust**. — Prostatectomie périnéale, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1900, p. 35.
- Granville Mac Gowan**. — La chirurgie de la prostate d'après l'expérience personnelle de l'auteur, *New-York med. Journal and Philadelphia med. journal*, 29 juin 1903, p. 113.
- Guiteras**. — Treatment of prostatic hypertrophy, *Medical News*, N. Y., 1902, LXXX, 771-777.

- Guinard.** — Rapport sur la prostatectomie, *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1902, t. XXVIII, p. 925 et 934.
- Hartmann.** — *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, Paris, 1903, p. 104, G. Steinheil, éditeur.
- Traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique, *Annales de la Soc. d'urologie*, 6^e session.
- Le traitement opératoire direct de l'hypertrophie de la prostate, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t. XXX, p. 658.
- *Organes génito-urinaires de l'homme* (Tome IX du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale* publié sous la direction de PAUL BERGER et H. HARTMANN), Paris, 1904, G. Steinheil, éditeur.
- Harrisson.** — Prostatectomie, *Ass. fr. d'uro.*, 7^e session, Paris, 1903, p. 565-567.
- Heresco.** — Sur la prostatectomie, *Ass. fr. d'uro.*, Paris, 1903, p. 538 à 543.
- Hinder.** — Four cases of prostatectomy, *Australasian med. Gazette*, 1898, p. 234.
- Hotchkiss.** — Report of two successfull cases of prostatectomy, *New-York med. Journal*, 1897, t. LXV, p. 10-12.
- Hugh H. Young.** — Prostatectomie périnéale conservatrice. Nouveaux instruments et technique, *Journ. of the Amer. med. Ass.*, 24 octobre 1903, p. 999-1008.
- James E. Moore.** — Raisons anatomiques et techniques pour lesquelles la voie périnéale est préférable à la voie sus-pubienne dans la chirurgie de la prostate, *Trans. of the Amer. surg. Ass.*, vol. XX, 1902, p. 39.
- Jarrois et Proust.** — La méthode de Freyer, prostatectomie totale transvésicale par voie sus-pubienne, *Presse médicale*, 15 août 1903 p. 589-592.
- Legueu.** — La prostatectomie périnéale, *Ass. fr. d'uro.* 7^e session, Paris, 1903, p. 530-535.
- Prostate et calculs vésicaux multiples extraits par la voie périnéale, *Soc. chir.*, 11 juin 1902.
- Taille périnéale et prostatectomie, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1902, p. 897.
- Loumeau.** — Prostatectomie totale transvésicale par la voie sus-pubienne, *Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 3 janvier 1904.
- Loureau.** — Contribution à l'étude de la prostatectomie périnéale, *Ass. fr. d'uro.*, 7^e session, Paris, 1903, p. 521-530.
- Mac Gill.** — On supra-pubic prostatectomy for chronic prostatic hypertrophy, *Trans. clin. Soc. of London*, 1887-1888.
- Mausell-Moulin.** — Sur le traitement actuel de l'hypertrophie de la prostate, *Lancet*, 5 décembre 1903, p. 1537.
- Moullin (C. M.).** — Two cases of perineal prostatectomy, *Lancet*, 1892, t. II, p. 142-144.
- Monod et Vanverts.** — *Traité de médecine opératoire*, Paris, 1902-1903.

- Nicoll (J. H.).** — A method of excising the prostate, *Lancet*, 1894, t. I, p. 296.
- Nicholas Sim.** — Incision la meilleure pour la prostatectomie périnéale, *Journal of the Amer. med. Ass.*, 15 août 1903).
- Nicolich.** — Prostatectomie périnéale totale comme traitement à l'hypertrophie de la prostate, *Wiener klin. Wochenschrift*, 28 mai 1903, p. 649.
- Pauchet.** — Résultats de la prostatectomie périnéale basés sur 26 observations personnelles, *Ass. fr. d'uro.*, 7^e session, Paris, 1903, p. 554.
- Roberts (Ch.).** — Le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate, *Méd. chron.*, décembre 1902, p. 185.
- Rochet.** — Six cas d'ablation par le périnée de la prostate hypertrophiée, *Gaz. heb.*, Paris, 1902, XLIX, 421-426.
— Résultats un peu anciens de la prostatectomie périnéale, *Soc. de chir. de Lyon*, 30 avril 1903.
- Robson.** — Supra-pubic prostatectomy with report of 12 cases, *British med. Journal*, 1894, t. II, p. 63-65.
- Roux de Brignoles.** — Un cas de prostatectomie périnéale, *Soc. de chir.*, 8 mai 1901.
- Rydgier.** — Extraction intra-capsulaire de la prostate hypertrophiée *XII^e congrès polonais*, Cracovie, juillet 1902.
- Schmidt (E.).** — La chirurgie de l'obstruction prostatique, *Médecine Monthly rec.*, janvier 1903, p. 11.
- Sir Thornley Stoker.** — De la prostatectomie sus-pubienne, *Bristish med. Journal*, 30 janvier 1904, p. 229.
- Sir William Thomson.** — Le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate, *British med. Journal*, 18 avril 1903, p. 895-898.
- Southam (F. S.).** — Du traitement opératoire de l'obstruction prostatique, *British med. Journal*, 18 avril 1903.
- Tuffier.** — Rapport sur la prostatectomie, *Soc. chir.*, octobre 1901.
- Vignard.** — *De la prostatotomie et de la prostatectomie*, Th. Paris, 1890, n° 132.
- Watson (F. S.).** — Prostatectomy by combined supra-pubic and perineals method, *Boston med. and surg. Journal*, 1898, p. 423.
- Pasquiou (H.).** — *De la prostatectomie sus-pubienne*, Thèse Bordeaux, 1899-1900, n° 6.
- Petit (J.).** — *De la prostatectomie périnéale : résultats cliniques et technique opératoire*, Th. Paris, 1902, G. Steinheil, éditeur.
- Pousson (A.).** — Quelques considérations touchant la nature de la prostatectomie partielle dans l'hyp. prost., *Mercredi méd.*, 1894, p. 629.
— De la prostatotomie et de la prostatectomie, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1899, t. XXV, p. 737.
— De la prostatotomie, *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1904, t. XXX.
- Predal.** — *La prostatectomie contre les accidents du prostatisme*, Th. Paris, 1897, n° 591.
- roust.** — *De la prostatectomie totale*, Th. Paris, 1899-1900, p. 213.

- La prostatectomie et la position périnéale inversée, *Presse médicale*, 1901, t. II, p. 244.
 - Technique de la prostatectomie périnéale, *Ass. fr. d'urol.*, 5^e session, Paris, 1901.
 - Enucléation prostatique, *Bull. et Mém. Soc. anat.*, octobre 1903, p. 749.
 - La prostatectomie transvésicale et la prostatectomie périnéale, *Ass. fr. d'urol.*, 7^e session, Paris, 1903, p. 517-519.
 - *Manuel de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie*, Paris, Naud, 1903.
 - Pyle (J. S.)**. — A new method of removing the prostate gland, *Med. Record*, 1892, t. XLIII, p. 147.
 - Rafin**. — Observations de prostatectomie périnéale, *Ass. fr. d'urol.*, 7^e session, Paris, 1903, p. 543-550.
 - Reynès**. — Résultats et indications de la prostatectomie, *Ass. fr. d'urol.*, 7^e session, Paris, 1903, p. 535-538.
 - Weller van Hook**. — La prostatectomie périnéale partielle, *New-York med. Journal and Philadelphia med. Journal*, 4 juillet 1903.
 - William Post Herrick**. — L'hypertrophie de la prostate et sa cure radicale, *Med. Record*, 15 août 1903, p. 243.
 - Willy et Meyer**. — La prostatotomie et la prostatectomie galvano-caustique, *Med. Record*, 24 octobre 1903, p. 644.
 - Wolsey**. — Some considerations on prostatectomy, *Journal of cutan. genito-urin. diseases*, 1895, p. 280 et 513.
 - Zuckerkindl**. — Extirpation totale de la prostate hypertrophique, *Wiener klin. Wochenschrift*, 29 octobre 1903.
-

Vu :

Le président de la thèse,
F. GUYON.

Vu :

Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	7
INTRODUCTION	9
Observations des malades opérés par M. Hartmann.	11
Classification.	11
PREMIER GROUPE. — Malades atteints de rétention complète relativement récente	11
DEUXIÈME GROUPE. — Malades atteints de rétention complète ancienne.	36
TROISIÈME GROUPE. — Malades atteints de rétention incom- plète	57
Statistique générale.	93
Résultats opératoires de la prostatectomie	94
Résultats cliniques de la prostatectomie	105
Technique opératoire	115
CONCLUSIONS.	123
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	125
